



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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

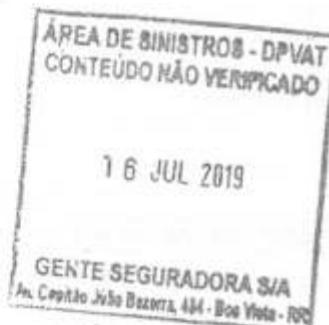
Nº: 020624/2019

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. Ceplício João Batista, 484 - 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

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

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."

DAT
11 JUL. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

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

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍVIL/CAR SU5-P Nº 445/2011

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

7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: R. ROSS OLIVEIRA DE FRANCO 9 - Número: 1338 10 - Complemento: 6733

11 - Bairro: PIATOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 89.316.730

15 - E-mail: marcelosilva639@gmail.com 16 - Telefone: 11 991144031

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR/ CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 04 15 ANOS OU INCAPAZ 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 R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POUPEIRAS (Somente para as seguintes instituições):

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

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 0006373 8

Nome do titular: _____ Informar o tipo de 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, encaminhando a dívida, desde lá e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJUDO 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.

Para tanto autorizo, outorgo e prestei o consentimento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base nos documentos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica dos casos de Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de pontos de avaliação de acordo com a tabela de pontos, conforme Lei 6.124/74, art. 35, §1º, de modo que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Grau de Parentesco com Vítima: _____ 25 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se vive com outro(a) companheiro(a), informar o nome completo: _____

26 - Vítima teve filhos? Sim Não 28 - Se tinha filhos, informar nome(s) e idade(s): _____ 29 - Vítima deixou herdeiros legítimos? Sim Não 30 - Vítima teve irmãos? Sim Não 31 - Se tinha irmãos, informar nome(s) e idade(s): _____ 32 - Se tinha irmãs, informar nome(s) e idade(s): _____ 33 - Vítima deixou netos/netas? Sim Não

Deixo aqui constar que a Seguradora Líder pagará, pelo acidente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e que forem responsáveis de direito, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresso (Qualquer Vítima ou representante legal): _____

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: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver): JOÃO TEODORO DOS SANTOS 44 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escopo e (a) (s) (s) de cobertura: DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES); INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Endosso ou Ass: 3 - CPF do titular: 187.682.791-00 4 - Nome completo de vítima: JACQUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/ REPRESENTANTE LEGAL) - REGULAR SUJEITO ATIVO

5 - Nome completo: JACQUES DOS SANTOS

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - CPF: 10 - Complemento: 11 - Cidade: 12 - Estado: 13 - Bairro: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 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\$1,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATE R\$2.000,00 R\$2.001,00 ATE R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POUPEMANTA (Conta para poupar dinheiro. Aplica juros sobre o saldo) Banco do Brasil (237) Caixa Econômica Federal (234) CONTA CORRENTE (Conta de banco) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00068773

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

23 - VÍTIMA DEBILITADA POR ACIDENTE DE TRABALHO

24 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

25 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

26 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

27 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

28 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

29 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

30 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

31 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

32 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

33 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

34 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

35 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

36 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

37 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

38 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

39 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

40 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

41 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

42 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

43 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

44 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

45 - VÍTIMA DEBILITADA POR DOENÇA

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

43 - Local e Data, BARRA VISTA 23/07/19
* JACQUES DOS SANTOS

Raimundo Augusto Silva
45 - 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 Pinheiro Maia 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/O): 11:52

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR APOIO
 MECANISMO DE TRAUMA: AUTOMÓVEL VIOLÊNCIA OUTROS
 AUTOMÓVEL: Atropelamento Capotamento Colisão X Motorista Passageiro Dianteiro Passageiro Traseiro
 AUTOMÓVEL: Uso do cinto SIM NÃO Vítima projetada Vítima encarcerada Air Bag
 VIOLÊNCIA: Agressão Física Espancamento FAB 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 Ventilação Circulação Aval. Neurológica
 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
 Aval. Neurológica: AVDN DNV Miose Midriase Anisocaria Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES: Hora, P.A mmHg, F.C bpm, F.R Mpm, Sat O2 %, Temp., Esc. visual anal. EVA "DOR", Glicemia, APGAR
 Início: P.A 140/90 F.C 78 F.R 20 Sat O2 98% Temp. 36.5 Esc. visual anal. EVA "DOR" 1 Glicemia 100 APGAR 10
 Fim: P.A 1 F.C 1 F.R 1 Sat O2 1 Temp. 1 Esc. visual anal. EVA "DOR" 1 Glicemia 1 APGAR 1

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA: Pele Cabeça Face Pescoço Tórax Abdome
 Pele: Cianótica Coreda Fria Pálida 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 TARSAZELA ESQ. Amputação Esmagamento Avulsão

AVILIAÇÃO CARDÍACA: Ritmo Sinusal Taquicardia Bradicardia Fúter
 Fibrilação atrial Fibrilação ventricular Assistolia
 AFECÇÃO CLÍNICA: Cardiovascular Metabólica Neurológica Psiquiátrica Respiratória
 HISTÓRIA PEGRESSA: Aborto Digestiva Infecçiosa Obstétrica Pediátrica Sequeia AVC
 Alergias Cardiopatia Diabetes HAS Sequeia AVC

GRAVIDADE COMPROVADA: ILESO PEQUENA MÉDIA ÓBITO INDETERMINADA
 INCIDENTE: Cancelamento Não se encontrava no local Trote Recusa de Atendimento Recusa de hospitalização Bombeiro no local Polícia Militar SMTRAN PRF Guarda Municipal Bombeiro DETRAN

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

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. Lotte Iris - HLI Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 16 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Buzara, 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

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

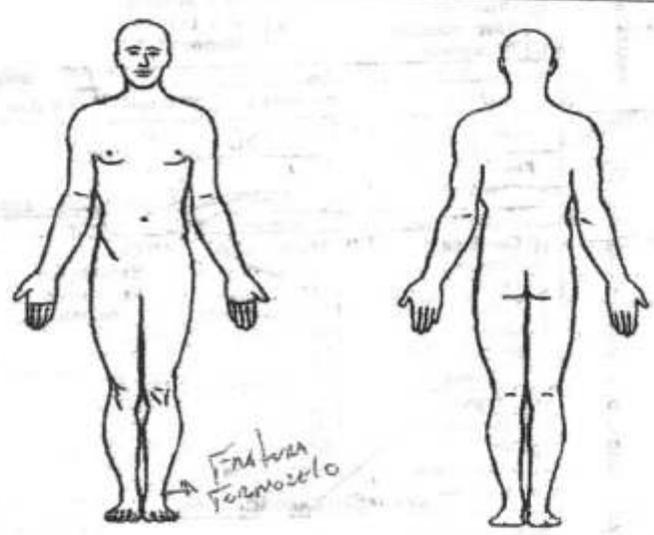
16 JUL 2019

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

CIEPA ENR TPE CE DO	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 (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 trauma 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 Tábua Placa, encaminhado ao Médico Regulador e Encaminhado ao Grupo Trauma.

Marcia Veras Lope
Enfermeira - COREN-RS 47683-3
Coord. de Enfermagem do Central de Regulação de Urg. CAS 19033-5444 192
Portaria 637/2015

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 dos Santos Idade: 60 Sexo: M F

Nacionalidade: _____ Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia _____

Endereço: Laura Pinheiro Maia N/11 - S-17

Ponto de referência: _____

CARIMADA

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: SOCORRO TRANSPORTE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR APOIO OUTROS

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
<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"/> FAB	<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	MOTO/BICICLETA		<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>motor</u>	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim
	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> condutor	
	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> passageiro	

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aereas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradpneia	<input type="checkbox"/> Farida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Hiperimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<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"/> Taquipneia			

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	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>				
Fim :	<u>1</u>							

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na visita)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
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"/> Enfisma 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"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<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 checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>Tornozelo ESQ.</u>		
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação		
<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"/> Esmagamento		
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Avulsão		

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Medicações em uso
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Filter		<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input checked="" type="checkbox"/> HAS	
		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<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"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
<input type="checkbox"/> Não se encontra no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiro
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> DETRAN

RCP

Iniciada as: _____ RCP com sucesso RCP Não realizado

Termina as: _____ RCP sem sucesso OBS: _____

DESTINO

Atendido no local Grande Trauma - GT Pol. Cosme e Silva - PCCS Hosp. Das Clínicas/RR - HCR

Pronto Atendimento - PAAR Hosp. Coronel Mota - HCM Hosp. Santo Antônio - HCSA Hosp. Lotte Iris - HLI

Outros

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

ÁREA DE SINISTROS - Geral
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazarrá, 494 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL

Marcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de Regulação de Urg. das Médicas SAMU 192
Portaria 637/2019

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

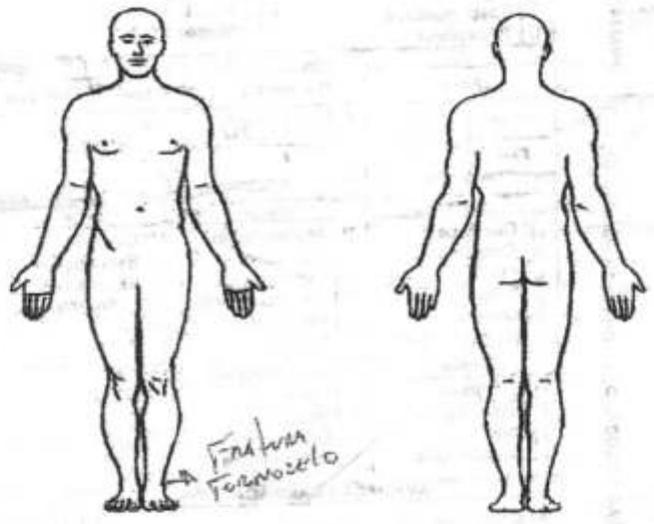
CIÉPA ENRTP NT CE DO	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitan João Batista, 484 - Boa Vista - RJ

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 (desarticulação)	3 pontos
		Extensão (desarticulação)	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



ÁREA DE CONTEÚDO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitan João Batista, 484 - Boa Vista - RJ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de Aa "colisão de moto x moto" com fratura da motocicleta L.O.T.E REFERENCIA DO HONORARIO em MIE "FRATURA em tornozelo" Realizado mobilização do Membro. aferido SSU Realizado Redução com uso de C-CERVICAL e TRENCHA RIGIDA comunicados ao Médico Regulador e Encaminhado ao Grupo Trauma.

Marcia Veras Lode
Enfermeira-COREN RR 476630
Coord. de Enfermagem do Central de
Regulação de Urg. 24h 2558835-SAMU 192
Portaria 637120

Nilton Francisco de Sousa
Téc de Enfermagem
COREN RR 664210

CONFERE COM O ORIGINAL



Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO

0034685-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada 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 2002.

CONTA MÊS	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 Bazzara, 404 - Boa Vista - RR

DADOS DA LEITURA	KWH	KVAh	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			33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Mês 12 meses
RESID. BA. RENDA	BI	1310072854H	1400697	1.4.1.1	388

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
Mês/ano consumo	CONSUMO	
ABR/19 497	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 99 - 0,712500		
100 A 199 - 0,712500		
200 A 299 - 0,712500		
300 A 399 - 0,712500		
400 A 497 - 0,712500		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Obrigamos quitar os débitos desta UC no dia de 20/05/2019 (Lei 12007/05) até às 18h. Caso não seja quitado, a UC será suspensa e a cobrança será feita em nome do Estado. Para mais informações, consulte o site www.roraimaenergia.com.br ou ligue 08007019120 e faça opção VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26.
Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos futuras 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								
Índice	RSC			RDL			DLOC	
	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre	Anual	Último	Trimestre
Linhas	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Postos	3,13			6,00			0,84	
DISTRITO							03/2019	146,98

ROT: 8.001.16.14.087600



SEU CÓDIGO

0034685-3

TOTAL A PAGAR - R\$

316,31

MÊS FATURADO

05/2019

VENCIMENTO

21/06/2019

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

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.: 000 COLETOR: 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
				02/2019	0
				01/2019	0
				12/2018	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		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 Bazzara, 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





Para contato conosco informe este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002911684

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	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			DATAS DA LEITURA		
	kWh	kVarh			
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					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	1310075004-N	14000097	1.4.1.7	388

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	0,262144 = 7,86
ABR/19 497		70 A R\$	0,449385 = 31,45
MAR/19 448		120 A R\$	0,674084 = 80,89
FEV/19 404		227 A R\$	0,748975 = 170,01
JAN/19 414	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		51,56
DEZ/18 347	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		26,10
NOV/18 414			
OUT/18 396			
SET/18 302			
AGO/18 352			
JUL/18 339			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30			0,217500
30 A 70			0,417500
70 A 120			0,577500
120 A 227			0,657500
227 A 447			0,621650

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Pacote de créditos quitados devida desta UC no ano de 2018 (Lei 12807/08) IGUE 08007019120 e FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1.6.11.16.31.26
Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos futuras vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5B75.DDCA.0DDF.3673.565C.1539.8225.D514

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
Tempo	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Tempo	3,13		6,00			0,84	
DISTRITO				05/2019			146,98

ROT: 8.001.16.14.087600



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0034685-3	316,31
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	21/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

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 TRFIC: 000 COL FATOR: 1401

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazara, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazara, 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	02/2019	0
		03/2019	0	01/2019	0
				12/2018	0

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. Capitão João Batista, 444 - 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. Capitão João Batista, 444 - 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



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 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 inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Teodoro dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00, conforme 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		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	

Boa Vista, RR de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

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 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 nº9.613/98.

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 121	Complemento
Bairro Cidade Satélite	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.317-471
Email 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. Capão João Bazerra, 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. Capão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE CEARÁ
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Fortaleza - HGRF / HSE
Av. Brigadeiro Faria Lima, 3399

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
Data Nascimento: 15/06/1958 Idade: 60 A 7 M U D
CNS: 70700486 B00433 CPF: 18768229100
Prontuário: 00160390

Paciente: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
Tipo Doc: IDENTIDADE Documento: 140653 Orgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 21/06/1983 Sexo: M
Endereço: MARIA TEODORO DOS SANTOS RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR

Nome: MARIA TEODORO DOS SANTOS
Endereço: RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR
Telefone: (95) 89157-5040

Classe de Recic: ACIDENTE DE MOTO
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Módulo de Atendimento: URGÊNCIA
Caráter de Atendimento: SAMU CAPITAL

Sel: GRANDE TRAUMA
Queixa Principal: Acidente de moto

Antecedentes da Enfermagem: Alergia

Exame Físico: BFG LOTE: expulso, acantico, normalizado, rias aéreas perfitas, gurgulho 15, sibilos por em MMII (E)

Exames Complementares: SAOT - Exames Complementares: RAIO X, ULTRA SON, TO, SANGUE, URINA, ECO, OUTROS

Prescrição: Difusora 2g, Talatol 90mg, F.V.

Conduta: Paciente vitado e mais cooperativo, sem necessidade de suporte e oxigênio, evoluindo de GT.

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Assinatura]

Assinatura do Médico: [Assinatura]

ÁREA DE SINISTROS - OPOSTO
16 JUL 2019
SENTE SEGURADORA S/A
Av. Doutor João Pessoa 471 - Boa Vista - RR



Tratado de Lesões
Intensas P/
Corpo

Dr. Cassim Feltosa
Especialista em Traumatologia
CRM-RR 1198

ÁREA DE DANOS - DENT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Espírito Santo, 444 - São Paulo - SP

NIR

Transp. HC 13.02.19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1881

1 - NOME DO PACIENTE: Francisco de Assis

2 - NOME DO RESPONSÁVEL: Francisco de Assis

3 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Av. ...

4 - CIDADE: ...

5 - UF: ...

6 - DATA DE NASCIMENTO: 15/06/58

7 - SEXO: M

8 - Nº DO PONTO DA U.S.P.: 160390

9 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 71017004861860433

10 - NOME DO PAÍSL DO RESPONSÁVEL: ...

11 - TELEFONE DE CONTATO: ...

12 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: ...

13 - CIDADE: ...

14 - UF: ...

15 - FUNDAMENTO CLÍNICO E SINTOMAS CLÍNICOS: ...

16 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO: ...

17 - EXAMES DE LABORATÓRIO E SINTOMAS CLÍNICOS: ...

18 - RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO E SINTOMAS CLÍNICOS: ...

19 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: ...

20 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

21 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

ÁREA DE SIMIOTOS - SPVAT
 CONTUDO NÃO VERIFICADO
 15 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S&S
 Av. ...

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: ...

31 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

32 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

33 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

34 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

35 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

36 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

37 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

38 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

39 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

40 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

41 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

42 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

43 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

44 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

45 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

46 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

47 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

48 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

49 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

50 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

51 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

52 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

53 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

54 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

55 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

56 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

57 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

58 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

59 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

60 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

61 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

62 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

63 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

64 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

65 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

66 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

67 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

68 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

69 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

70 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

71 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

72 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

73 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

74 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

75 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

76 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

77 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

78 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

79 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

80 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

81 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

82 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

83 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

84 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

85 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

86 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

87 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

88 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

89 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

90 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

91 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

92 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

93 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

94 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

95 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

96 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

97 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

98 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

99 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

100 - NOME DO RESPONSÁVEL: ...

ata 4.2

0308010019
 5228 T068
 5930 V299

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



408-3

DATA DE ADMISSÃO		18/07/2013		DN	
PACIENTE		Jorge Teodoro			
DIAGNÓSTICO		Fratura de fêmur fechada			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	GEFALOTINA 4G 5X/8H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				14-18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18-18 14-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 0% CP VO DE 6/8h SE DOR INTENSA				SVD
7	PLASIL 10 mg EV 6/8h (S/N)				SVD
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SVD
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Relaxa
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMHG				Atenção
14	CURATIVO DIARIO				Relaxa
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU), 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				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - SPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2013
GENTE SEGURADORA S/A
Capitão João Bezerra, CM - São Paulo - RJ

cancelado
1083
22:30
PA: 140 x 70 mmHg

Dr. Odinack Okem
Médico Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15410

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

19:30 - Paciente retornou às 18:30h
15:30 - Eradica-se o Grande Trauma, realizando
realizar procedimentos necessários - S/efeitos.
Enfermeiro

João Frederico 408-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DILI		LDN
PACIENTE	[Handwritten Name]			
DIAGNÓSTICO	[Handwritten Diagnosis]			
ALERGIAS	HAS	DM2	[Handwritten]	
IDADE	60	LEITO	DATA	16/01/14
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LOFE [Handwritten]			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			[Handwritten]
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			[Handwritten]
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			[Handwritten]
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 GÓTAS 40 GÓTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SND
10	SSVY + CCGG 6/6 H			[Handwritten]
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG			[Handwritten]
14	CURATIVO DIÁRIO			[Handwritten]
15	[Handwritten notes]			
16	[Handwritten notes]			
17	[Handwritten notes]			
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:

Paciente Dr. [Handwritten]
[Handwritten notes]

408-3

SINUS VITAIS			
6H	130/80 x 80	30	20
12H			
18H	135 x 80	81	36
24H	128/72	78	36

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
[Handwritten Signature]

15:30 AT
PA = 140 x 70
PC = 81 x 6
[Handwritten notes]

P. 24 Dinâmica [Handwritten]

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

Em cabedra de medicação
no ambiente, exerceu, outado,
mantendo A.P. em MSD. Segue
as ordens da equipe de
enfermagem.

[Signature]
Priscila Rêgo - 14/11/2013 - 226

05 17:00 administração medicação venosa
do sinaisitas

Priscila Rêgo Farias
Aut. de Enfermagem
01/01/2010 508.000.000

06:00 - Rutgera m.c.p.,
admitido 20/04/13, no 1º andar
c/da de Esp. 313

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					
AGNÓSTK: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	60	LEITQ	408-3	DATA	17/01/2019
TEM	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 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	SSVY + COGG 8/8 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: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, 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. Oaimashi Olemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 3852-RR

Realizado coleta de sangue

Tratamento de Feridas -

HGR

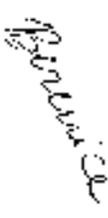
Paciente:

49061 Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data: 17.11.19

Localização		Região: M.I.E		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> I.P.P 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"/> Artropatia <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> I.P.P 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"/> Outros:		
Apresentação do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Estável <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/Verde <input type="checkbox"/> Estável <input 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"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:		
Tipo de Exsudado	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:		
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 type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento				
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 18/01/2019

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5MD
2	AVP	1800hrs
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	SN
14	SSVV + CCGG 8/8 H	M
15		1800hrs
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 LENTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
MENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SSVV 06
PA 720/180
FC 70
T 36,2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150x100	70	20	36°C
18 H	151x94	91	20	35,6°C
24 H				

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

00 às 19:00h.
horário das 11:00 paciente relatou melhora
na apresentação para hipertensão, administrando captopril
VO, dipirona e simeticona por sinais vitais. Sinais vitais
de segurança. Sinais vitais: 412841

...plano pontuante relembrar que sofreu um acidente de moto
 e neste momento o corpo dele foi socorrido de sua cabeça,
 se lembra - de de cabeça de grande intensidade tipo PRESSÃO



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

...mais hiper...
 ...Solicita
 ...Qualificação
 ...medic...
 ...Ente...
 ...396.364

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	60	LEITO	408-3	DATA	19/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP.
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SU
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 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 8/6 HRS S/N				SU
13	CURATIVO DIÁRIO				manter
14	SSVV + CCGG 6/6 H				manter
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

06 - 127/78, 79, 18 36.5

SINAIS VITAIS					Dr. Odinachi Oke... Residente de Ortopedia e Traumatologia Crm 1854RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	158x77	63	sem alteração	36.4°C	
18 H	158x117	80	sem alteração	35°C	
24 H	124/77	84	18	36.5	

...00 às 19.00h...
 ...comente...
 ...aos...
 ...dos sinais vitais...
 ...de...
 ...2019/01/19



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 6:35
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	Realizar
15		
16		
17		
18		
19		
20		SU
<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				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	143x80	77	20	35,5
18 H	142x84	81	18	35,5
24 H	130x86	79		36,0

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

6h PA = 125x81
P = 80
T = 37,1
R = 16

Obs: pcte relata que esta com
cefaleia todos os dias depois
que bateu a cabeça. Tbc benzibeta



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

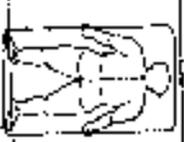
Atualizada: 12/2018

Tratamento de Queimadas -

Paciente: **João Rodrigo dos Santos**

HGR
Leito: **408-3**

Data: **19/01/19**

Localização	 	Região: M. I. E.	 	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> I.P.P. I II III IV 9º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculiar <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Intropédia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> I.P.P. I II III IV 9º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculiar <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Intropédia <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 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:		<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 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 type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Típicos	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento				
Observações				

Paciente refere ser Diabético. *trij Jonet* *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				
AGNOSTIC FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	80	LEITO	408-3	DATA 21/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HÓRARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD
2	AVP			Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/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 5E 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 B/6 H			Rotina
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, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

05:30 Paciente que xando se de para neurologia. *efeira intensa, admi misturado item*

Obs: Paciente relata afaléia, realizado pedido de power

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/80	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

06:00 - P.A. = 102/ P = 92 S = 360

10h Fa realizado colite de sangue e urtigue ao laboratório

3:00 até 19:00h: laboratório responsável de exames, exames, exames, exames. Solicite aos pacientes

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 LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALÉRGICAS HAS DM2

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

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS	S/N
2	AVP	manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	S/N
7	TENOXCAM 40 MG EV D1 X DIA S/N	S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E DU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N
13	CURATIVO DIÁRIO	m
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	

UNITE 17 UNITE 23 UNITE

24
 Polina
 06:00

SOLUÇÃO 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	16	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 19hs, adm, sem
 medicações de horário
 + su

Dr
 16/01



UNIDADE:

Ospedale

NOME:

João Pedroso Das Santos

IDADE:

60

REGISTRO:

UNICOD:

D

ENFERMARIA:

LEITO: 408-3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ospedale

PARA:

Neurologia

Dados Clínicos:

Paciente de 60 anos de idade, vitima de fratura - luxação do cotovelo após acidente de moto, refere cefaleia intensa e persistente sem melhora no tratamento atual. Sugerir avaliar + concluir fratura.

21/01/15
Data

Dr. Odinechi Okemini
Médico Neurologista
Especialidade: Neurologia
CRM: 15.018/1998
Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que teve trauma em região frontal superior (C2). Desde então evoluindo com sintomas de baixa responsividade a estímulos externos que persistem, hágo episódios de queda de cabeça quando deambulava com acompanhamento de familiares. No exame, foi normal. Sem alterações focais. Sd. cerebrais não transmitido.

22/01/15
Data

ndi - solicitar RMN de crânio - sugerir Amoxicilina 250mg/dia.

Dr. Felipe Queiroz Tralci
Neurologista
CRM: 15.018/1998
Médico

S. 1.99 e dispensação

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 D.H. DN 15/01/2019

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS
 MOTIV. FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

PROBIAS HAS DM2
 IDADE 60 LEITO 403-3 DATA 23/01/2019
 ITEM PRESCRIÇÃO

- 1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS
- 2 AVP
- 3 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N
- 7 FENOXICAM 40 MG EV 2 X DIA S/N
- 8 PLAS 1000 EV 8/8 S/N
- 9 NITRONA 1G EV DE 6/6H S/N
- 10 TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 6/8H SC HOR INTENSA
- 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG
- 12 5 ML NICOTINA 1 CP OU 10 GOTAS VO 8/8 HNS S/N
- 13 CURATIVO DIARIO
- 14 SSVV + GGGG 6/8 H
- 15 DEXAFO 6/8 H

Handwritten notes and signatures:
 SVD
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]

J. [Signature] 17/01/2019 23 06

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):
 CONFORME ESQUEMA 200 200, 200 250-300 400 300 300 600
 350 400 400; 2 400, 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D.MVL GLICOSE
 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

AVALIÇÃO MÉDICA:

ALACONTO PACIENTE DEITADO NO LEITO. ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAMINE SICO: BEG. LO F. ACANÓTICO, ANITÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, F. ORTADO.
 EVOLUÇÃO D. A. L. A.: SEM PREVISÃO

2240 - Troca do acesso venoso.
 MSO. 8.22

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	ST
13:00 H	130x80	84	15	36,0
14:00 H	140x80	82	20	36,0
20:00 H				

[Signature]
 Dr. Eduardo Oliveira
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1453-PA



Sistema de Informação em Saúde

Tratamento de Feridas

QUER

Prevenção

Local

5003 Teófilo Otonari

408.3
Data: 22/01/2019

Verões-08

Ficha nº: 022013

Unidade

Assim por esquecer

Registro

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Assim por esquecer

Feridas () Queimaduras () FIM () Vassouras
() Feridas () Escoriações () Escorções () Escorções

() Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras () Queimaduras
() Feridas () Feridas () Feridas () Feridas

Razão de Exatidão
Técnica de Exatidão
CORRIGIR

Assim por esquecer
Técnica de Exatidão
CORRIGIR

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	LEITO	DATA	HORARIO
60	408-3		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
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	SSV + CCGG 6/6 H		Rolma
15	DEXTRO 6/6HRS		24

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	
12H	130x80	93	18	36,2
18H	140/90	98	19	36,2
24 H	119x80	88	18	36,2

Dr Odinaqui Okemini
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1451 RR

06h 125x79 83 20 35,6C

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

José Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data:

24/01/2019

Estudo II

Localização:		Região: <u>M.I.E</u>		Região: _____
Etiologia:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2+ <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculiar <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Artropedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2+ <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculiar <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Artropedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Apresentação do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Neutrose: <u>Amarula/Negra</u> <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: _____	<input type="checkbox"/> Neutrose: <u>Amarula/Negra</u> <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 Periférica:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<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 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"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input 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: _____	<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 checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Prade	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<p>Tris Santiago de Oliveira CORENRS 066095-7/RS</p>	<p>Adunilda Santos Marina Tereza de Almeida COSENRS 007-76217</p>		
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 DIARIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				06/13/18
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				(2) 21/18
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				24/22/06
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: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

39:00 a 7:00
 Afundado
 vital
 Hospital Geral de Roraima
 Região de Estomago
 157-157-15
 08:00 a 19:00

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

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

07s 13h. pac no leito, aferido SSVV. Dicho med
 realizadas pa fêlha de fêlha pl. glicose simêlha
 de 13h a 19h
 ADM medicamentos, aferido SSVV
 ec. Sarah



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Enfrentamento de Feridas -

Paciente:

NICR

João Teodoro dos Santos

Leito: 468-3

Data: 25/01/19

Localização



Região:

M.I.C.



Região:

Fisiologia

- IIPP I III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Irriação Fixador Externo () ortopedia
 Outro:

- IIPP I III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Irriação Fixador Externo () ortopedia
 Outro:

Aparência da

Lesão

- Necros: Amarela/Negra Estíavel Granulação () Epitelização
 Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- Necros: Amarela/Negra () Estíavel () Granulação () Epitelização
 Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perifoneal

- Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
 Outro: edematoso

- Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
 Outro:

Tipo de Exsudato

- Purulento Seroso () Sanguinolento () Seroso
 Outro:

- Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso
 Outro:

Quantidade de

Exsudato

- Molhado Úmido () Seco

- Molhado () Úmido () Seco

Solução de

Limpeza

- Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% () Álcool 70%
 Gaze () Colágeno/Hibinase Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outros:

- Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
 Gaze () Colágeno/Hibinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outros:

Cobertura

- Gaze () Colágeno/Hibinase Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outros:

- Gaze () Colágeno/Hibinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outros:

Fórmula

- () 12/12 () Diário () 48/48h

- () 12/12 () Noturno () 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

3. Marjela de Oliveira Enfermagem
 3. Marjela de Oliveira Enfermagem
 3. Marjela de Oliveira Enfermagem

C. Estor Soares Costa
 Técnico de Enfermagem
 COBEN-PR 690 250

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 DIABÉTICOS	SAID
2	AVP	
4	DMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 1GMG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 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	SSV + CCGG 8/6 H	
15	DEXTRO 6/8HRS	
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: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	126/80	FO 2	FR 14	36°C
12 H	123 x 75	85	-	36.1
18 H	120 x 90	96	-	35.6
24 H	126 x 87	88	14	36.5

Dr Odilochi Okemiti
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Ctm 1251 RR

07 em 14
 Realizado an med
 capto de horário
 SSV - conforme Pres
 ção.
 Dr. Amanda



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

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ITEM

- 1 DIETA ORAL PARA DIABLTICOS
- 2 AVP
- 4 OMLPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N
- 7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N
- 6 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 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

Handwritten notes and signatures:
SND
ma
SA
18
N - 22/01/19

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, AFLVIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tax.
12 H	ausente da leito			
18 H	120/110	89	-	36,3
24 H	134x77	86	-	35,4
6 H	123/86	86	-	35,8

Dr. Odiochi Okami
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

DAS 7 - 19 h

com medicações de horário com
Aferido sinais vitais. Aproximadamente
na permanência com dor (1).
Téc. Enfermagem
CORDEIRO, S. S. TE

Localização		Região: <u>MLC</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasoslar <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Neutrose: Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Falsa <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Ulcero/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele Perilesionari	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Úmida <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 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 type="checkbox"/> Cloroxídina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Leica	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12
Profissional que realizou procedimento:	Sílvia Gomes de Jesus Enfermeira CRP 10.818/PR RPP 10.818/PR		Luciana Augusto Enfermeira CRP 10.818/PR RPP 10.818/PR	
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 13MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTLNSA				SN
11	CAPIOPRIL 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 8/8 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				OGI
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				OGI
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				OGI
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>					

MANTE A 7 HRS 2.31.19

*Rotina 8:50-8:10
OGI
17:22 OGI*

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 Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Jantina

8:30 às 19h, par no leito, Odan medicações C.P. e Agente de limpeza, 19:10

7h DEXTRO: 34mg/dl

COBEN RR 181.188-72

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 TORNÓZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS			SAD
2	AVP			Manten
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
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			SN
10	TRAMAL 100MG + SFO.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			Dolina
15	DEXTRO 6/6HRS			06 L 10
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			22/06
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20	<p>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</p>			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCONTO 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 Okaniri
 Residente De Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1851 RR

7 de 13h foi verificado o SSVV. *Burama.*

18h - Administrado medicação UPM. Afirma SSVV com parâmetros normais segue os cuidados da equipe de enfermagem. Tel. *RJ*

06/02 - 130160
 01 90 SAV-362

→ Prestados todos os cuidados, SSVV e

Roberto Cristiano A. Rodrigues
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 200.833/1E



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Paciente: Leandro Pedrono dos Santos

Leito: 468-3

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 23/02/19



Região: MZE
ESQUERDA



Região:

Localização

PP I III IV ^{1*} Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tração Fissão Ferimento Trapeçaria

PP I III IV ^{1*} Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tração Fissão Ferimento Osteopédia

Aparência de I sítio

Necrose: ~~Amarelada~~ Negra Estéril Granulosa Epitelização
 Ferida fechada Dreno/ Sonda Curios

Necrose: ~~Amarelada~~ Negra Estéril Granulosa Epitelização
 Ferida fechada Dreno/ Sonda Outros

Pele Periférica

Normal Macerado Seca Eritema / Rubor
 Outro:

Normal Macerado Seca Eritema / Rubor
 Outro:

Quantidade de Exsudato

Molhado Úmido Seco

Molhado Úmido Seco

Solução de Limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% Álcool 70%
Cobertura primária Gaze Colágeno/Fibrinase Sulfacetamida de Prata Hidrogel Outro:

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% Álcool 70%
 Gaze Colágeno/Fibrinase Sulfacetamida de Prata Hidrogel Outro:

Troca

Diário 4R/8h

Diário 4R/8h

Profissional que realizou procedimento

M. S. Silva
Enfermeira

Carla S. L. L. L.
Enfermeira

Paula S. M. M.
Enfermeira

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				5MD
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 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF3,3% 100ML EV DE 8/8H SF DGR INTFNSA				
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 DIARIO				m
14	SSV + COCC 8/8 H				Rotina
15	DEXTRO 8/6HRS				14/06/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				14/06/2019
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 ML 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

19/01/2019
 Realizado a medicação de rotina, conforme prescrição - família

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	102/73	98	22	34,4
18 H	122/80	85	20	35,2%
24 H	132/80	87		36,4%

Dr Oclnaci Okemir
 Residente de Ortopedia e Traumatologia
 CRM 105177

12h Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa, segue em observação. Tacs Conf. *[Assinatura]*

3:00 às 18:00 h

Realizado administração medicação de rotina, não houve medicação segun pois, não tem febre e nem apatia. *[Assinatura]*

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente:

João F. Adorno dos Santos

Leito:

408-3

Data: 30/01/19

Identificação



Região:

M.E.



Região:

Histologia

- IJPP III III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopédia
 Outros:

- IJPP III III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopédia
 Outros:

Aparência do

Leito

- Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
 Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
 Marrom () Macerado () Seca () Fibrina / Rolo
 Outros:

- Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
 Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
 Normal () Macerado () Seca () Fibrina / Rolo
 Outros:

Tipo de Exsudato

- Purulento Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 Outros:

- Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 Outros:

Quantidade de

Exsudato

- Molhado () Úmido () Seco

- Molhado () Úmido () Seco

Solução de

Limpeza

- Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% () Álcool 70%
 Cobertura primária:

- Gaze () Celulose/Fibrinase Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outros:

Troca

- 12/12 () Diária () 48/48h

- 12/12 () Diária () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

 ESTER SOARES COSTA
 Enfermeira em Enfermagem
 CRP-PR 544 290

 Larissa Albuquerque
 Técnica de Enfermagem
 CRP-PR 387 415-1P

Observações:

408-3 M



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	ON	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTIC	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 31/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS			SND
2	AVP			manter
4	OXCIPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N			
7	TENOXICAM 40 MG LV 1 X DIA S/N			
8	PLASIL 100MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 10 EV DL 8/8H S/N			S/N
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			06h
16	AMITRIPI. NA 25MG / CP VO NA NOITE			22h
17	CLIFFIML 15 EV 8/8 HRS			22h
18				
19				
20				
	SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUIAR (SC), CONDIÇÃO ESQUERDA: 200 250 2UI; 250 300 4UI; 300-350 6UI; 350 400 8UI; > 400: 10 UI F OU GLICOSEF + 70 DL/VL; GLICOSL 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

ADINTE 17 Luf 23L

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCOITRO PACIENTE OFITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: DLG, TOTE, ACIARÓTICO, ANICTÉRICO, AFSBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HDRATADO.
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 Odinachi Okeriri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 2851 RR

49 anos 07. Apendicite SSVUe ad met 06.
diacort, acetato com 16 por mão
tes pra per mioric. Sanguine de
cu dados da anfor-alogon

10hs Realizado Toca AVP. apurido
Sinais vitais segue em observação
de acompanhamento de sangue

10 as 19hs
aviso med. can
e de honra
+ 50
de
total

Coordenador de Farmácia
Auxiliar de Farmácia
COREN-RR 527801-44



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
 AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 60 LICITO: 408-3 DATA: 01/02/2019
 HORÁRIO:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS	SND
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 3/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML LV DL 3/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTORIL 25 mg VO SF PAS > 160 E CU PAD > 110 V.MIK	
12	SIMLIFICONA 1 CP OL 10 COTAS V.O 6/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CDOG 6/6H	
15	DEXTR0 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CLEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Handwritten notes:
 23 NT OGNT
 14-2-2019
 23 NT

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 CUL GLICOSE < 70 GLMI GLICOSE F
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOUÇÃO MÉDICA:

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

OG - 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	130/86	97	19	36.3
24 H	131/78	81		36.5

Dr. Dinaci D'Acemi
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 1854-RR

Das 13 verificadas sinais vitais

Das 13 as 19 as. Administrado medicamentos + sv de horário



Tratamento de Feridas -

Paciente:

Geza e gestora das Santes

HCR

Leito: 4083

Data: 01/02/2019

Localização		Região: <i>DUSE</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I.P.P. III IV ⁹⁸ <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Emergent <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Jomopelia <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> DM I II III IV ⁹⁸ <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> EAI <input type="checkbox"/> Vascular Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortoprotese <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"/> Drena: Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfaco <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"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input 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"/> Sero-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sero-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____		
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"/> Solc histológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Solc 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"/> Sulfaziazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfaziazina 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento	Marlene de Souza Enfermeira Curitiba - Paraná CRP 30818	Silvana de Souza Enfermeira Curitiba - Paraná CRP 30818		
Observações	_____	_____		



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -

HCR

Pró _____

Paciente:

Leito: 408-3

Vassã _____

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 02/02/19



Região: M.S.E.



Região:

Etiologia:

- IPIPI III V* Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo Imobilidade
 Outro:

- IPIPI III V* Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia
 Outro:

Aparência do

- Abscesso: Amarel/Negra Esfáceo Granulação Epitelização
 Ferida fechada Drenos/ Sonda Outros

- Necrose: Amarel/Negra Esfáceo Granulação Epitelização
 Ferida fechada Drenos/Sonda Outros

Pele Perilesional

- Normal Secreto Escoria / Risco
 Outro:

- Normal Mucoso Seca Escoria / Risco
 Outro:

Tipo de Exsudato

- Purulento Seroso Sanguinolento Serososanguíneo Seco
 Outro:

- Purulento Seroso Sanguinolento Serososanguíneo Seco
 Outro:

Quantidade de

- Exsudato Líquido Semi

- Molhada Úmido Seco

Solução de

- Soro Fisiológico 0,9% Cloroxalina 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:

Trusa

- 12/12 10/10 48/48

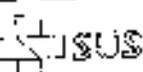
- 12/12 10/10 48/48

Profissional que realizou procedimento:

Marta de Barros N. Trana
Auxiliar de Enfermagem
OAB/PR 49.709

Kenry de P. Moraes
Técnico de Enfermagem
COBEN-PR 778.477

Observações:



Sistema: União de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RECEPTE

2 - CNES

3 - CNES

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA DO NASCIMENTO (CMR)

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO FRONTAÇO

10 - SEXO

11 - TELEFONE DO CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - CID, Nº DO MUNICÍPIO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - INDICAÇÕES ENFERMAGEM E HISTÓRICO DAS C. HODOS

OME em p (E)

18 - CONDIÇÃO DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO

Crise

Dr. Dalton Feitosa
Cirurgião Toracológico
CRM 12345

19 - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES E/OU FATORES)

Crise Aguda + EX LAB

Dr. Dalton Feitosa
Cirurgião Toracológico
CRM 12345

20 - DESCRIÇÃO DO CASO

OME em p (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de crise de OME em p (E)

22 - CLÍNICA

23 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

24 - LOCAL (Nº)

25 - Nº DO DOCUMENTO (FORMULÁRIO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (SUSPENSÃO)

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (SUSPENSÃO)

Dalton Feitosa

27 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

4/12/19

28 - ASSINATURA E CARRMDO (Nº DO REGISTRO) DO SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS ESPECÍFICAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - Nº DO BILHETE

30 - Nº

31 - ACIDENTE DE TRABALHO

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - Nº DA EMPRESA

34 - Nº DA EMPRESA

35 - Nº DO

36 - ATIVIDADE DE TRABALHO

37 - VINCULO COM A EMPRESA

38 - EMPREGADOR

39 - ENDEREÇO

40 - TELEFONE

41 - Nº DO BILHETE

42 - Nº DO BILHETE

43 - NOME DO PROFISSIONAL RECEPTE

44 - Nº DO DOCUMENTO (FORMULÁRIO) DO PROFISSIONAL RECEPTE

45 - Nº DO BILHETE

46 - Nº DO DOCUMENTO (FORMULÁRIO) DO PROFISSIONAL RECEPTE

47 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARRMDO (Nº DO REGISTRO) DO RECEPTE

49 - Nº DO BILHETE

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0415040035
R02
M866



José Roberto de Souza

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

Data: 4/2/19 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DMC 1-1 (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FTO Cervical em DMC 1-1 (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MÓDIFICACÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dalton 1º AUXILIAR: Regina *Dr. Dalton de Souza*
 2º AUXILIAR: Adriana R.T. INSTRUMENTADORA: _____ *Ortopedista Traumatologia*
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____ *Dr. Rogério L. P. Dias*
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____ *Ortopedista Traumatologia*

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pet DDK + anestesi
2. Anestesia + Antecox + Campos Ste
3. Realização desbridamento em área da ferida pl (E)
4. 2 MC exposto + lavatura
5. RFX



GOVERNO DO ESTADO DE PARAÍBA

Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

João Teodoro dos Santos

Id. 60 anos

PRE-MEDICAÇÃO - ORGÃO - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

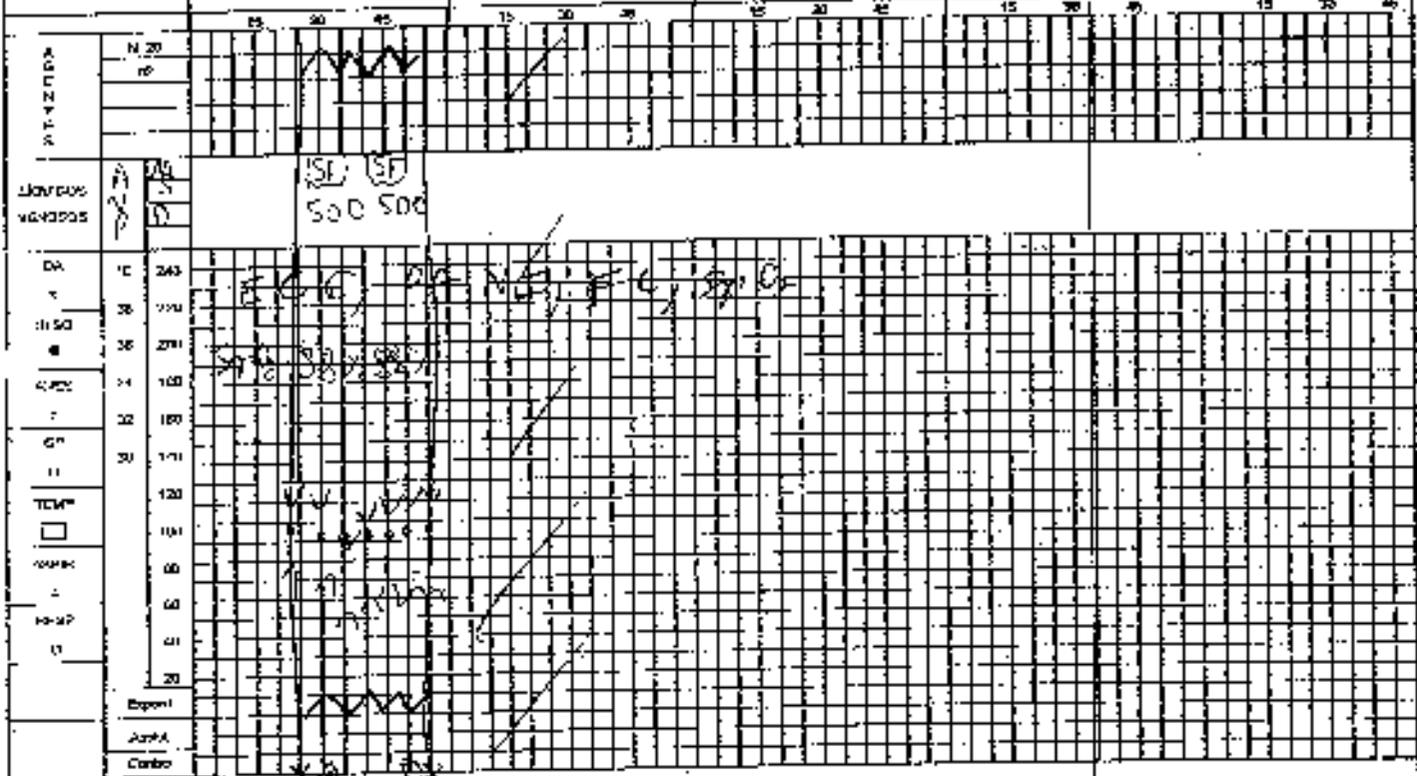
04/02/19

40

44

47

13



P.O.: 64

ANESTÉSICO A Propofol 0,5% 13mg	DOSE 13mg	INDICAÇÃO Regulação da pressão arterial, sedação, hipotensão, vômitos, alteração da saturação de O ₂ arterial, náuseas, vômitos	ANOTAÇÕES x monitorização + teste de alergia ① Opressão de O ₂ sob oxiteno nasal ② Aprox. 2 cm de náusea de náusea lombos com álcool a 70%, Tampa estéril, pulso revascularizado até L3-L4, epítela de úlcera N° 20, C.A. patentes, das normotensão, com injeção de Propofol 0,5% 13mg ③ Etomidat 30 mg + midazolam 2mg
QUANTIDADE SFO, 87 1.500ml	QUANTIDADE 1.500ml	LOCAL Cátedra - Sala 1000 Parágrafo II/III/Chirurgia Geral Sob Tampo - Caixa de 1000 Sob 14000 - Maracá 18/08/19	LOCAL Lagoa - Capoto - Banco de Seta Espaço Reservado - Viscer Dadig - Viscer
TEMPO 1.500ml	TEMPO 10:25 a 30:55	PROFESSOR Dr. Daniel	PROFESSOR Dr. Rogerio
INDICAÇÃO Desbridamento de membrana E			

ANESTÉSICO: Propofol 0,5% 13mg
 DOSE: 13mg
 INDICAÇÃO: Regulação da pressão arterial, sedação, hipotensão, vômitos, alteração da saturação de O₂ arterial, náuseas, vômitos
 ANOTAÇÕES: x monitorização + teste de alergia
 ① Opressão de O₂ sob oxiteno nasal
 ② Aprox. 2 cm de náusea de náusea lombos com álcool a 70%, Tampa estéril, pulso revascularizado até L3-L4, epítela de úlcera N° 20, C.A. patentes, das normotensão, com injeção de Propofol 0,5% 13mg
 ③ Etomidat 30 mg + midazolam 2mg

Dr. Daniel
Anestesiologista
10/10/19

④ Etomidat 30 mg (IV)

x Entombrado o SAPA

UNIDADE DE ATENDIMENTO: UNIDADE DE CIRURGIA

ANTES DA ANESTESIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Isaac Trindade dos Santos
Nº do prontuário: 11111111

Atendente: Mônica

~~RESUMO DO EXAME FÍSICO~~

~~RESUMO DO EXAME FÍSICO~~

~~SINAIS DE CONTAMINAÇÃO~~

Alcômetro de 0
 Sinais de contaminação
 Presença de sangue

CONFERIR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: Sim Não

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

Antes de iniciar: Sim Não

USO DE EQUIPAMENTOS

Sinais de contaminação

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS

Sim Não se aplica

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas cujas esperadas, duração e extensão e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

O PACIENTE POSSUI

ALERGIA CONHECIDA

Sim, Qual: _____

Os tratamentos necessários, como instrumental, próteses e outros equipamentos e estado de validade de esterilização (incluindo desbridamento do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer procedimentos.

Não

Sim, e qual: para uso de anestesia

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS

Sim Não se aplica

Sim, e qual: para uso de anestesia

R. A. Passos

em nome do

Nome: Isaac Trindade dos Santos

Assinatura: _____

Horário: 10:00

AS IMAGENS ASSISTENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

Sim
 Não se aplica

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO Sim Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS Sim Não Não se aplica

3. COMO A MOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLINDO O NOVO PACIENTE) Sim Não Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO Sim Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESEUS PACIENTES Sim Não Não se aplica

Formulário de Anestesia

Horário: _____

CONTEÚDO: _____

Assinatura e Carimbo



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

GR

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	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 6/8H 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 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	DEXTRU 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:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odinacht Okemi
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

00 às 23.00h
foi realizado exame físico, mas não foram feitos
aparelho no pé, mas foi realizado
exame de sinais vitais pois paciente está
dentro do leito, encontrar-se em
aos cuidados da enfermeira

Residência de Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851-RR

P.O.I. 17:40hs

408
3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Jilou & Ledano dos Santos</i>			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	408-3	DATA 9/12/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL <i>LIQUIDA P/D</i>		SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/die		12h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H } <i>desp</i>		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		(S/N)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV DJ 01x(20,18) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		(S/N)
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		(S/N)
8	RANITILINA 50MG EV 8/8HS		22:00h
9	SIME TICONA 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-6v</i>		<i>Clonazepam</i>
16	<i>Amoxicilina 250 4/4 12h</i>		<i>Amoxicilina</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:

Ad bloco para programação cirúrgica

06- Paciente disse que sente
dores no acesso quarto
& feito Ranitidina.

Dr. *Francis Cordeiro*
Ortopedista
R. *...* 1502

06- 132/90 P.86 *MD* T=36.7°C

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	120x64	95	35.7°C
18 H	115/68	98	36.3
24 h	135/81	92	36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

07:00 às 13:00h.

Paciente retornou 11:40h do cc, orientado
paciente realizado avaliação de pulso, integridade
mantendo hidratação venosa, segue aos cuidados

Dos 33 às 39 hrs.
Adm. ministrado medicamentos
+ SV, conforme PM
aux. de

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
 AGNÓSTIC: 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	CAPTODRIL 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		
<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, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO
 # NORMOCORADO, HIDRATADO
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	143/86	87	20	36,4
18 H	140/80	75	20	36,0
24 H	133/89	78	19	36,1
6h	111x69	77	18	35,8

Dr Odinech Dkemin
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 1851 RFE

UIT
 UIT
 @UITF

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

Nome: _____ Data: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Idade: _____ Sexo: _____
 Nome Completo: _____ Hipótese Diagnóstica: _____
 Precedência: _____
 Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - peridrogas
 Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____
 Necessidade de interpretação? () Sim () Não Qual idioma: _____
 Possui acompanhante: () Sim () Não Casa: _____
 Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadereira de rodas () Fraca () Comprometida/ambulete

SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico
() Verdade	() Impulso	() Comatoso	() Bradicárdico
() Agitado	() Resposta a estímulos	() Não reage	() Normotensão
			() Hipotensão
			() Pulso Cheio
			() Equívoco

PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Coloreadas	() Mióticas	() Midriáticas	() Normoalimentado
() Anisocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	() SNE/SOC
			() SNE/SOF
			() GI () IPT
			Atividade da dieta: () Sim () Não () Parcial
			Evacuações: () Presente () Ausente () Obstipação
			() Normal () Diarreia () Constipação () Melena
			Flema: () Presente () Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ADRENERGICA	
() Afebril	() Hipotermia	() Hipertensão	() Normotensão
() Febril	() Febre	() Hipotensão	() Distensão
() Hiperpirexia			() Mictúria
			() Retenção

CARACTERÍSTICAS DA PELLE		SISTEMA URINÁRIO/ DIURESE	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Poliúria
() Hiperemolada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Anúria
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	() Oligúria
() Cianótica	() Edema local		() Hematuria
Exata por pressão: () Sim () Não			() Urúria
Região: _____			() Urúria
Local: _____			() Urúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Espontâneo	() Sibilos	() Anúria	() Oligúria
() Polifônico	() Estridor	() Anúria	() Hematuria
() Gurgulento	() Ruidos crepitantes		() Urúria

CONTROLE DE CATERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Peritônico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Tocar em _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Quantidade realizada em _____	Tocar em _____
Sinal de infecção no sítio de punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SNG () SNG () SNG () GI	() Ausente () Presente	() Stenose
Assento da sonda: _____			Quantidade: _____
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____	Tocar em: _____	
Prótese: () Sim () Não	Local: _____		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Risco de infecção desequilibrada	() Padrão respiratório ineficaz	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Defeito no autocuidado para alimentação	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Defeito no autocuidado para higiene	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Conhecimento deficiente	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Comunicação verbal prejudicada	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Processos familiares disfuncionais	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Risco de quedas	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Barreira	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Dor crônica	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Náusea	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Risco de pneumonia	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Risco de infecção	() _____	() _____
() Risco de infecção desequilibrada	() Velocidade espirométrica 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			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 06/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS			<p><i>[Handwritten notes and signatures]</i></p>
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	SSV + 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	<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, AFLBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H 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. Odinachi Okemir
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRP 1851-RR

70x130 H 106x65 74 35,7°C
 medicacao com insulina regular
 + SSV V.O 6/6 H



Núcleo de Enfermagem em

Produto 1

Versão: 05

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

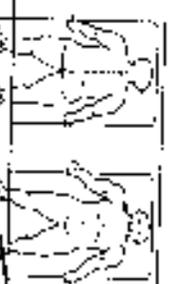
Idoso: 408-3

Tratado por: Ana Santos

Data: 06/08/19

HGR

Localização



Região: MLE



Região:

Litologia

() FPP I II III IV 1º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : Tração Fixador Externo () Jertomedia
() Outro:

() FPP I II III IV 2º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : Inção Fixador Externo () Uroplastia
() Outro:

Aparência do

Leito

() Necrose: Amarelada/Neira () Esclerótica () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
() Normal () Macerado () Seca () Jerrima / Rubor
() Outro:

() Necrose: Amarelada/Neira () Escalo () Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal () Macerado () Seca () Frieira / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de

Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de

Limpieza

() 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:

Troca

() 12/12 () 48/48h

() 12/12 () 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Maria de Jesus M. Viana
Auxiliar de Enfermagem
COBEN-444/19

Rozângela Siqueira D'Aguiar
Téc. Enfermagem
COBEN-444/19

Observações:



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

AGNÓSTI FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 07/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS

2 AVP

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 DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG 9% 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 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, AMICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinael Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia C.R. 1851-RR
6 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C	
12 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C	
18 H	85 x 60	FC 70	FR 14	36°C	
24 H	130 x 80	FC 70	FR 16	36°C	



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 LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS DMZ
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 08/02/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
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	TENÓXICAM 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 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	SSV + CCGG 6/8 H	
15	DEXTRÔ 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 Okemiri
Residente Do Ortopedia e
Traumatologia
Crm 2851-89

Obs: Não foi realizado o desbando do paciente de horário por que as fitas que tem e somente p/ realizar desbando de urgências. Exe de plantas ciente! M x: A-ra

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

Bloco	Data	Sala/Unidade	Idade	Sexo	UF
Nome Completo		Profissão Diagnóstica			
Procedência:		Cefalea - acrasol		Cefalea - ordigotos	
Avaliação de Pressão:		Padrão		Contato	
Alergia:		Qual idioma:			
Necessidade de intérprete?		Qual idioma:			
Fossa aconchegante:		Comprometido/causado/cante			
Distribuição:		Cadeia de rodas			

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpado	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Arritmia

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input type="checkbox"/> Entalógicas	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midríicas	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNG/SOE
<input type="checkbox"/> Isotóricas	<input type="checkbox"/> Anisotóricas	<input type="checkbox"/> Não reage	Ativação da dieta:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Anbril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertermico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> -clor	<input type="checkbox"/> Púria	Fezes:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELLE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> Húmeda	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Distendida	<input type="checkbox"/> Glucose
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hiperemacia	<input type="checkbox"/> Anético	<input type="checkbox"/> Macio	<input type="checkbox"/> Timístico
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Ruidos hidroaéreos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Edema local		Visionomegalias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Anúria
<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Catúria
<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Injeção contínua	<input type="checkbox"/> Hematúria

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sinais de infecção no sítio de punção:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sonda:	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG
Dreno CP:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cateter Vesical:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> Deplungão <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de ganho insidioso <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 urínica prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Inconforto 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 deficiente <input type="checkbox"/> Déficit no conhecimento para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de rigidez muscular comprometida <input type="checkbox"/> Processos fisiológicos disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corpórea <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	Data: _____ Curativo realizado em: _____ Local: _____ Aspecto da secreção: _____ Data da instalação: _____ Local: _____ Quantidade: _____ Local: _____



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				Manite
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 200MG + SF0,9% 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 (10mg) 2 (10mg) 3 (10mg)				06:00 16:00
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				08:00
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				19:00
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 ≥ 80% 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	18	36.5°
18 H.	130/90	91	18	36.7°
24 H.	125/80	80	20	36.5°
06/02/19	127/76	74	18	35.8°

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



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

Bloco: _____	Data: _____	Infermeira: _____	Idade: _____	Sexo: _____	() F () M
Nome Completo: _____		Hipótese Diagnóstica: _____			
Precedência: _____		História: _____			
Isolamento ou Proteção: () Sim () Não		() Proteção () Contato () Escala - acessado () Escala - perigoso			
Alergia: () Sim () Não		Qual Idiom.: _____			
Necessidade de Interprete? () Sim () Não		Qual Idioma: _____			
Fóssil acompanhante: () Sim () Não		Obs.: _____			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação		() Ataxado () Cadira de rodas () Fleca () Concomitante/ambaleante			

SISTEMA NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> Consciente () Orientado () Desorientado <input type="checkbox"/> Seguro () Inrpeço () Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado () Renge a estímulos () Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normotensão () Brucifênica () Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso () Hipotensão () Bradicárdico PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio () Púlsuame () Arritmico Pulso: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PUPILAS <input type="checkbox"/> Foto-reagente () Míodicas () Midríases <input type="checkbox"/> Anisocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Satisfeita () Satisfeita () Inadequada () Não <input type="checkbox"/> Normal () Diarreia () Ausente () Constipação <input type="checkbox"/> Presente () Presente () Ausente () Melena <input type="checkbox"/> Presente () Presente () Ausente
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril () Febril () Febril <input type="checkbox"/> Hipopirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotensão () Distendida () Abusado () Flácido <input type="checkbox"/> Ascisão () Marçã () Trípãica <input type="checkbox"/> Ruídos hidroáuricos () Presente () Ausente <input type="checkbox"/> Visceromigãlia () Sim () Não () Sim () Não
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARACTERÍSTICAS DA PELLE <input type="checkbox"/> Hidratada () Desidratada () Ressecada <input type="checkbox"/> Normocrãica () Hipocrãica () Hipercrãica <input type="checkbox"/> Anictéria () Ictéria () Clãica <input type="checkbox"/> Anatóica () Ecema local: _____ Uk em dor pressão: () Sim () Não Regão: _____ Curativo realizado: () Sim () Não HD: () S M () NÃO	SISTEMA URINÁRIO-ADIFRESE <input type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria () Oligúria () Anúria () Hematória <input type="checkbox"/> Disúria () Injeção contínua () Urapas
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eupneúria () Bradipneúria () Taquipneúria () Dispneúria () Apneúria <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

CONTROLE DE CATHETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Catete Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Catete Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Sonda de Intenção no site de punção: () Sim () Não Sonda: () Sim () Não () SNG () SGC () SNA () SGT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Assento de drenagem: _____ Quantidade: _____ Cateter Vascular: () Sim () Não Data de inserção: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Trocar em: _____	Trocar em: _____ Trocar em: _____ Quantidade: _____ Trocar em: _____ Trocar em: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Deglúção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia 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"/> Filtração urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Fadiga de sono prejudicada <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"/> Déficit no autocuidado para eliminação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado 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 familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de queda <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
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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	S/D
2	AVP	3x
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	3x
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	3x
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	3x
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	3x
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	3x
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA8 > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	3x
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	3x
13	CURATIVO DIARIO	M
14	SSVV + CCGG 6/6 H	3x
15	DEXTRO 6/6HRS	3x
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	3x
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	3x
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	

* do 12h
 Dextro = 96 mg

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	129/81	94	31R	36,5
18 H	130/80	55	31R	36,5
24 H	128/70	80		36,5

Dr Odinechy Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

OT 102
 Epim 2
 + SU
 12/02/2019
 18h
 Dextro 23 L 55
 06 L 78



Núcleo de Enfermagem em Protocolo nº 1

Versão: 08

Atualizada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Pacientes:

paciente João Teodoro dos Santos

FIGR

Leito: 1108-3

Data: 10/02/19

Localização



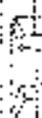
Região:

M.I.E.



Região:

Histologia



Grav. I

II (X) III



Grav. I

II () III ()

 ALP III IV Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Traumático Tração Fator Externo () Infecção
 Outro:

 PP III IV Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração Fator Externo () Infecção
 Outro:

Aparência do Leito

 Neórose Amarela/Verde Fálsea Granulação () Epitelização
 Perda fecal () Dreno/Sonda () Outros:

 Neórose Amarela/Verde () Fálsea () Granulação () Epitelização
 Perda fecal () Dreno/Sonda () Outros:

Pele Periférica

 Normal () Macerado () Seca () Fissura / Ruptor
 Outro:

 Normal () Macerado () Seca () Fissura / Ruptor
 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/silicose () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol
 Outro:

 Gaze () Colágeno/silicose () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol
 Outro:

Linha

() 2002

X10160

() 18748E

() 113672

() 102400

() 15748B

Profissional que realizou procedimento

Enfermeiros: **Maguel Pereira**
Thaís Patrícia de Azevedo
Carla Regina de Faria

Suzi Lúcia
Joana Maria

Observações:



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



DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958
 PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS
 AGNÓSTI: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 11/02/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	5L0
2	AVP	manh
4	OMEPRÁZOL 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 + 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 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/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, AFERRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinaçli Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Crm 1861-RR	
6 H	130/80	FC 80	FR 14		36,9°
12 H	130/80	90	20		36
18 H	150/98	73	20		36,6°
24 H	137/83	80	14		36°

7 de 13 h foi adm -
 medição de hidratos
 + SSVV - Ausc. ma
 23:00h - DEXTRO = 150 - 8/10
 06:00h - DEXTRO = 147 - 8/10

13 de 18h, adm. med.
 com e de hidratos
 + SSVV
 15/02/18



Síndico de Enfermagem em Protocolo nº:

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas - Pacientes:

BGR

Veios:

João Teodoro dos Santos

Data: 11/02/2019

Localização		Região: <u>MBE</u>		Região:
Fisiologia	<input type="checkbox"/> JEPPI I LIV 9ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Traço</u> Fator Externo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> JEPPI I LIV 9ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Traço</u> Fator Externo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> JEPPI I LIV 9ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Traço</u> Fator Externo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> JEPPI I LIV 9ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Traço</u> Fator Externo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro:
Apresentação do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granuloso <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granuloso <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granuloso <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granuloso <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Outros:
Perfil Profissional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Juncos / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Juncos / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Juncos / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Juncos / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Água: 95%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Água: 95%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Água: 95%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Água: 95%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	<p><i>Rosaura Silva Rodrigues</i> Assista de Enfermagem CRP 100274/2018</p>	<p><i>Adonilés Martins Araújo</i> Técnico de Enfermagem CRP 100274/2018</p>		
Observações:				

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
TEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD. 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 8/6H 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 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 DIABETICO 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 PEANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6H	PA	FC	FR	
12H	140/70	87	20	36,0
18H	130/70	81	20	36,0
24H	145/80	83	28	36,4

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

Tratamento de Feridas

HIGR

Paciente:

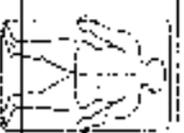
Joice Fedora dos Santos

Leito:

408.3

Data: 12/02/19

Localização


 Região: 2^a e

Região: _____

Etiologia

- I.P. I II III IV 9^a 1^a) Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração _____ Fixador Externo Parapente
 Outros: _____

- I.P. I II III IV 9^a 1^a) Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia
 Outros: _____

Aparência do Leito

- Náuseas Azules/Negras () Eritema Cianose () Epitelizado
 Ferida fechada () Drenos Secos () Outros: _____

- Náuseas Azules/Negras () Escalo () Grau 4 azul () Epitelizado
 Ferida fechada () Drenos Secos () Outros: _____

Pele Periférica

- Normal () Macerado Seco () Britado / Ruído
 Outros: _____

- Normal () Macerado () Seco () Britado / Ruído
 Outros: _____

Tipo de Exsudato

- Sanguinoso Seroso () Sanguinolento () Seco
 Outros: _____

- Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
 Outros: _____

Quantidade de Exsudato

- Molhado Úmido () Seco

- Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza

- Soro Físio-ósmo 0,9% Clorexidina 2% () Alcool 70%

- Soro Fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura primária

- Gaze Calçasaseftib. classe () Sulfacetamida de Prata () Hidrogel
 Outros: _____

- Gaze () Calçasaseftib. classe () Sulfacetamida de Prata () Hidrogel
 Outros: _____

Troca

- 12/12 () 48/48

- 12/12 () 48/48

Profissional que realizou procedimento:

 Cesar Soares Costa
 Técnico de Enfermagem
 COE - HIGR - 5085 ETC

 O que este profissional fez?
 Realizou a troca da cobertura primária

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
DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO 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 DIARIO	
14	SSV ACCOSG 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; 400-450 10UI 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: GEL FROTILACIANGÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	8 H	12 H	18 H	24 H
PA				
FC				
FR				
TEMP				
PO				

Dr. Ednachi Ozeir
Residente de Ortopedia
Traumatologia
408-3

16/02/2019
16/02/2019
16/02/2019

Localização		Região: <u>MLE</u>		Região
Etiologia	<input type="checkbox"/> JLP I III IV 9 ^o <input type="checkbox"/> Q. entadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascul <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>tração</u> <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Queim.	<input type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> JLP I III IV 9 ^o <input type="checkbox"/> Q. entadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascul <input type="checkbox"/> Trauma: <u>tração</u> <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Queim.	<input type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Neurose Amarel/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Escurec <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos Seca <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Neurom <input checked="" type="checkbox"/> Microcrad <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Vertical / Ruor <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Neurose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escurec <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos Seca <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Neurom <input type="checkbox"/> Microcrad <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Vertical / Ruor <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Neurose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escurec <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos Seca <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Neurom <input type="checkbox"/> Microcrad <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Vertical / Ruor <input type="checkbox"/> Outros
Perfil Perifoneal	<input type="checkbox"/> Curv. eno <input checked="" type="checkbox"/> Secese <input type="checkbox"/> Sang. eno <input type="checkbox"/> Sec. sang. eno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Curvo	<input type="checkbox"/> Curv. eno <input checked="" type="checkbox"/> Secese <input type="checkbox"/> Sang. eno <input type="checkbox"/> Sec. sang. eno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Curvo	<input type="checkbox"/> Curv. eno <input checked="" type="checkbox"/> Secese <input type="checkbox"/> Sang. eno <input type="checkbox"/> Sec. sang. eno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Curvo	<input type="checkbox"/> Curv. eno <input checked="" type="checkbox"/> Secese <input type="checkbox"/> Sang. eno <input type="checkbox"/> Sec. sang. eno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Curvo
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Volante <input checked="" type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Volante <input checked="" type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Volante <input checked="" type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Volante <input checked="" type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Solu. Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Á. eol. 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Solu. Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Á. eol. 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Solu. Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Á. eol. 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Solu. Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Á. eol. 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Geze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prala <input type="checkbox"/> Hidroge <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Geze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prala <input type="checkbox"/> Hidroge <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Geze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prala <input type="checkbox"/> Hidroge <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Geze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prala <input type="checkbox"/> Hidroge <input type="checkbox"/> Outros
União	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Enilda S. Pereira Enfermeira CRP 108.018/SP	Rozângela Hequel Diniz Enfermeira CRP 108.018/SP		
Observações:				



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

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

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

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

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendi, 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

10/10/10



JOAO TEODORO DOS SANTOS

10/10/10 13:53:58

HOSPITAL GERAL DE BOBATA



...ICAD TFOORO

HOSPITAL CERVAL DE BOBAMA

D

JOAO TEOPHORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

R. M. CELESTINO MORAES

15/11/2019 14:54:11

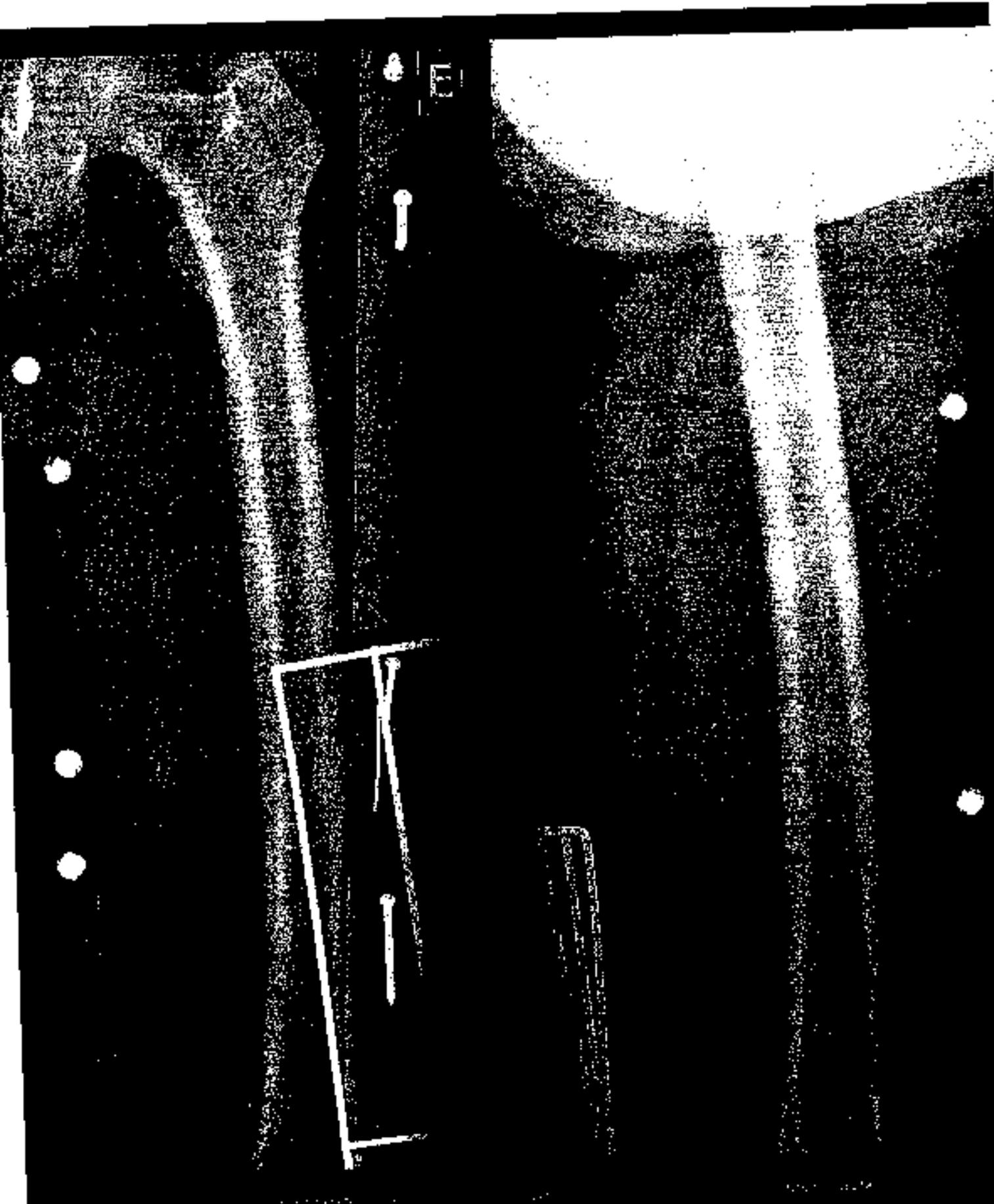


11

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TELEVAZ DOS SOUZA E D. RODRIGUES A



JOAQUIM TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ FOT. MORGAN LLA

11



11

933

JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11 WISCONSIN ST. MADISON, WIS.



170

JOAO TEODORO DOS SANTOS

19/12/79 13:00:50

MOGENSEN, CARAL DE BOBATA

19/12/79 13:00:50

170



101

11

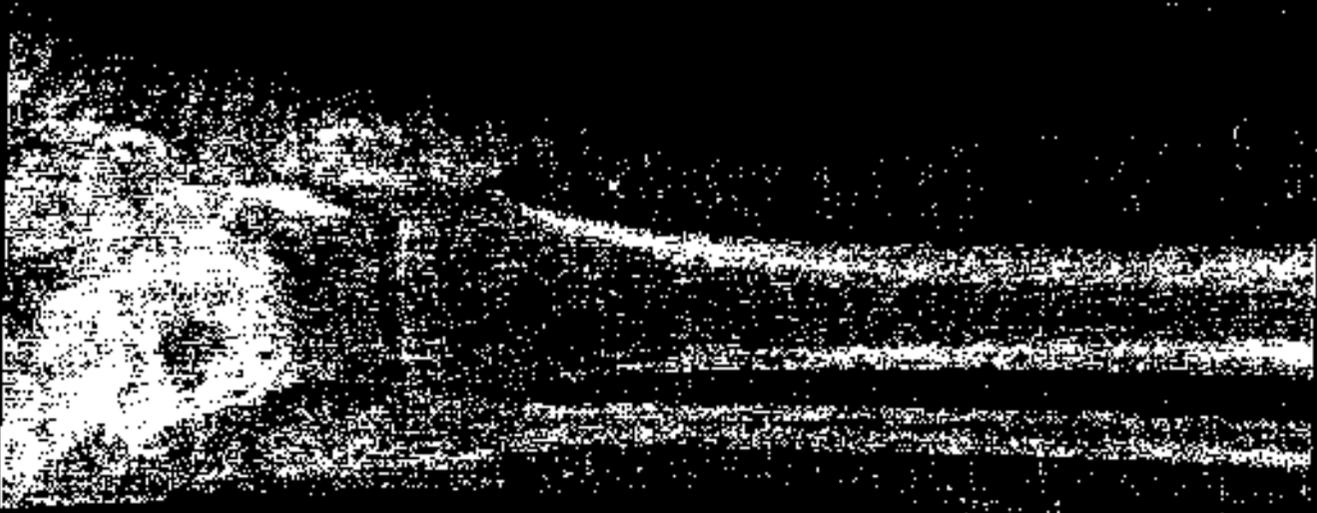


JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. MARCOS ROZZA FERREIRA GONCALVES

15/11/2018 13:50:53

11



724 %

JOAO TEODORO
HOSPITAL DAS CLINICAS

Data: 03/03/2019

ID: LITTO 329



912 %

Nr: 182
Téc: TRAJALISON



T. (mm): real

DAO: TEODORO DOS SANTOS

ID: 60

HOSPITAL DAS CLINICAS

Data: 24/05/2019

Fac:

Nr: 1303

113,6 %

299

JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLINICAS

83,7%

15

27/03/2018

Tec:

Nr. 275

71,7%

JOAO TEODORO DOS SANTOS

ID:

Nr: 275

HOSPITAL DAS CLINICAS

Data: 27/03/2019

Ter:

107,69

HOSPITAL DOSS SANTOS

3543

HOSPITAL DOSS SANTOS

3543

3543



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

RECEITUÁRIO

Nome: *Jose Teodoro dos Santos*

Fratura Ulnária

*fratura de fratura no 7º c (E)
 no osso da mão proximal
 ulnária. No momento não
 há possibilidade de redução
 com pinos e parafusos*

28/05/19

*Dr. Marcus Brunner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 19174RR*

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



ÁREA DE BENS TÍPOS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 15 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Costa e Silva, 404 - Boa Vista - RR

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **JOÃO TEODORO DOS SANTOS** Data Nascimento: 15/06/1958 Idade: 60 A 7 M 0 D

Tipo Doc: Documento 140853 Órgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 21/08/1993 Sexo: M Estado Civil: NAO RAÇA/COR: PARDA

IDENTIDADE 140853 SSP-RR 21/08/1993 M NAO INFORMADO

Mãe: MARIA TEODORO DOS SANTOS

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

CNS: 70700485-880433 CPF: 18768229100 Prontuário: 00160390

Naturalidade: SAO LUIS - MA Nacionalidade: BRASILEIRA

Contato: (95) 99157-5040 Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão

Selar: 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*

anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

paciente vítima de colisão moto moto, trazido pelo samu, refere uso de lapalete, mega perda da consciência e vômito

Exame Físico: *BEG LOTE; expulso; anantito; normotensão; sian, arbor perior; garganta 15, refere dor em MMII (E)*

Hipótese Diagnóstica: *Alc*

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1 Difusina 200 EV
2 Tilatil 40mg EV

*Elen. M. A. Ribeiro
Técnica em Enfermagem
COREN-PI 628817 - TEC*

APRAZAMENTO: 20 JUL 2019 OBSERVAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Batista 484 - Boa Vista - RR

Condição: *3 Paciente irritado e não cooperativo. seu procedimento de limpeza e curativo, gradua do GT*

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

Carimbo e Assinatura do Médico: *[Assinatura]*

Óbito: Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Assinatura]* 16 JUL 2019

Carimbo e Assinatura do Médico: *[Assinatura]*

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 16/01/2019 12:19:20

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Batista 484 - Boa Vista - RR

1801059735

Reduções de Lucro
Intenção P/
Cupom

Dr. Dalsan Feitosa
Clínica Transpatologia
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

DATA DE ADMISSÃO			16/07/2019		DN
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		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				14:00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18:00 24:00
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 Cayula Silva Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ho hbe
22:30
PP: 140x70 mmHg

cancelado
108-3
Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18512/R

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Cayula Silva Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

17:30 - paciente retornou às 18:30h
15:30 - Evaduiu-se do Grande Trauma recusando-se
a realizar procedimentos necessários.
S/efeito.
Enfermeiro
Fecharyson de Freitas Ribeiro

João + rodolfo

408-3



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	João + rodolfo			
DIAGNÓSTICO	fratura fêmur			
ALERGIAS				
IDADE	60	HAS	DM2	
ITEM	LEITO		DATA	16/01/14
PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE	João + rodolfo		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			manhã
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 08
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			Roraima
14	CURATIVO DIABIO			Alencar
15	Insulina regular 500 UJ (10) 8/8h			
16	Cefalotina 40 mg (10) 6/6h			
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente João + rodolfo
fratura fêmur

408-3

SINAIS VITAIS				
6 H	130/86	89	30	36
12 H				
18 H	133x80	81	sem relaxe	36°C
24 H	128/76	78		36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
Marta de Fátima da Silva
Técnic. em Enfermagem

15:30 QT
PA ~ 40 x 70
PC = 84.6 e
TK 36

R = 34 Dinam. Proxente

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

Em cadeia de medidas
ao arinite, edema, outado,
Mantendo AUP em MSD. Segue
aos cuidados da equipe de
enfermagem.


Francisco Alencar Rodrigues
MREN RR 353.432 - ENF

Às 17:00 administrado medicação venosa
do sinusitis


Marlene Frazão Farias
Aux. de Enfermagem
R. 11. 510.509 - AUX

obies - Rubroto mucop,
admita esvaz no que anos
cuidado enf. p. 3i

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			Mantes
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

E-80H

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Adm. medicações do item 9, pct quikoway de dor. Jararona

13 às 19h,

Foram aplicados curativos
em
vitrões, ~~alguns~~ curativos
de ~~superfície~~ ~~de~~

SERVIÇO
M
MONITORIA


Técnica de Enfermagem
COREN-RR 141.366-1E



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº _____
Versão: 08
Paciente: Ygori Teodoro dos Santos
Leito: 408.3

Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018
Data: 17.01.19

Localização		Região: <u>M.T.E</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I.P.P III III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> I.P.P III III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Pele Perifereional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento	<u>Robson</u>	<u>Robson</u>		
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 <i>HA</i>				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA <i>dy</i>				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG <i>JK</i>				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	<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, GLÍCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

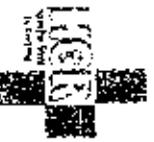
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

*SSV 0.6
 PA 720/80
 SC 703
 T 36.2*

SINAIS VITAIS					Dr Odinacler Ekemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	150x100	70	<i>sem alteração</i>	36°C	
18 H	151x94	91	20	35,6°C	
24 H					

7:00 às 19:00h.
 O horário das 11:00 paciente relatou náuseas
 e vômitos, apresentou pico hipertensivo, administrado captopril
 25mg, depressora a. multiposol picos vitais segue ab
 dados de enfermagem. Silvana Com: 4118+1



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas

HGR

Profissional

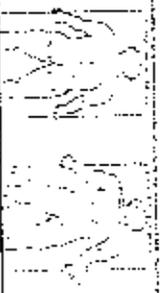
João Teodoro dos Santos

Data: 18/04/2019

Versão 1/18

Endereço: Ribeirão Preto

Localização



Prévio: pérm. Espande



Região:

Idioma

Inglês Espanhol Português Francês Italiano Alemão Espanhol Português Francês Italiano Alemão

Inglês Espanhol Português Francês Italiano Alemão Espanhol Português Francês Italiano Alemão

Aparência do

Leito

Normal Amarelado/Verde Escurecido Granulação Epitelização Ferida fechada Dreno: Sonda Outros

Normal Amarelado/Verde Escurecido Granulação Epitelização Ferida fechada Dreno: Sonda Outros

Dois Perifoneais

Normal Alveolar Membrana/Rubor Outros

Normal Alveolar Membrana/Rubor Outros

Tipos de Escudo

Paraflexão Saco Sanguinolento Serossanguíneo Seco Molhado Timido Seco

Paraflexão Saco Sanguinolento Serossanguíneo Seco Molhado Timido Seco

Quantidade de

Medicamento

Molhado Seco

Molhado Timido Seco

Medicamento

Nome do

Soro Fisiológico 0,9% Neomomicina 2% Alcool 70%

Soro Fisiológico 0,9% Neomomicina 2% Alcool 70%

Medicamento

Nome do

Óxido de Zinco Sulfadiazina de Prata Hidrogel Outros

Óxido de Zinco Sulfadiazina de Prata Hidrogel Outros

Tipos de

Medicamento

Molhado Seco

Molhado Timido Seco

Indicação que

Justifica

o uso do

Assinatura de João Teodoro dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN/SP 107.951/E

Assinatura

mas: com pouquíssimo tempo que sofreu um acidente de moto e nesse momento o corpo dele foi socado de sua cabeça, esse trauma - se de cabeça de grande intensidade, tipo pressão



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



*Enfermeira
CONEN-RR nº 00.296.364*

*Solicita
suas
medic*

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 19/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SUP
2	AVP			manter
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 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				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

06 - 127/78, 79, 18 36.5

SINAIS VITAIS					Dr Odlinchi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 185/RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	158x77	63	sem sibilos	36,4°C	
18 H	187x117	80	sem sibilos	35°C	
24 H	124/77	84	18	36.5	

*7:00 às 19:00h -
realizado somente verificações dos sinais vitais
que aos cuidados de enfermeira
Diana Teixeira Pedosa
Auxiliar de Enfermagem
CONEN-RR 017874-NDX*



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	20/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUO
2	AVP				manhã
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 6/8H S/N				SU 12 6/35
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				Realizar
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					Dr Odinachi 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 kanzibete

Paciente: João Tróadoro dos Santos

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 () 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"/> Neecrose: 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"/> Neecrose: 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 Periferecional	<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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input 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 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:				
Observações:				

Paciente diabético. *trif. Janet com glicose RR 408-3*

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		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	21/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					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 8/8H S/N <i>18L 30L 05:30</i>					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	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

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

Obs: Paciente relata cefaleia, realizado pedido de exame

Prescrição: Marcelo Rodrigues CRM 1851-RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/80	89	22	35.4
18 H	119/34	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 = 102/60
 P = 92
 T = 36.0*

10h Foi realizado coleta de sangue e entrega do laboratório.

3:00 às 19:00h.

coligado no sistema de exames laboratoriais, segue aos resultados

*Angela de S. Bezerra
 Coordenadora de Exames
 CRM 1.078.330-7E*

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

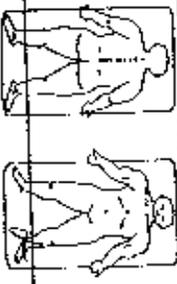
João Frederico dos Santos

Data: 24/01/19

Leito: 408-3

Região: MTE

Região:



Localização

- 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:

Etiologia

- Necrose: Amarela/Negra Esfacelo 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:

- Normal Macerado seca Eritema/Rubor
 Outro:

Tipo de Exsudato

- Purulento Seroso Sanguinolento Serossanguíneo Seco
 Outro:

- Purulento Seroso Sanguinolento Serossanguíneo 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 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:

Cesara Sours Costa
Técnica em Enfermagem
SOPEM/RR 5999296

Mrs Simone Oliveira
COREN-RR 1000505-TE

Observações:

408-30



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			SNT
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 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 B/8 HRS S/N			SN
13	CURATIVO DIÁRIO			m
14	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS			Rotina
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>			

UNITE 17 W 23 INT

SOLUÇÃO 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 Olemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

13 as 19hs, adm, sem
 medicações de horário
 + SU

Dr
 16/01



UNIDADE: Ortopedia

NOME: Joao Teodoro Dos Santos

IDADE: 60 REGISTRO: _____

BLOCO: D ENFERMARIA: _____ LEITO: 408-3

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia PARA: Neurologia

Dados Clínicos:

Paciente de 60 anos de idade, vítima de fratura - luxação do braço direito após acidente de moto, refere cefaleia intensa e persistente sem melhorias notáveis. favor avaliar + concluir fratura

21/01/15
Data

Dr. Odinechi Okemir
Médico Residência
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 16511RR
Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que se trata em regime fraco tempo (20). desde então evoluindo com redução de baixa responsividade de 2 em 10 pontos de escala que apresenta, diga anterior ao qual tinha quadro de cefaleia esporádica sem comprometimento funcional. Ao exame: (o nome) sem de sinais focais. Id. reduzida por traumatismo. - Sugiro Amipolítica 25mg/night.

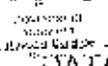
22/01/15
Data

Dr. Felipe Queiroz Portela
Neurologista
CRM-RR 16261RDE-651
Médico

Siga a disposição.

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
 IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 23/01/2010

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	TENOXCAM 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	2240
10	FRAMAL 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 DIARIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
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		

2240 - Troca do Cesso Venoso
 MS. J. 22. 06

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,
 BÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
01 H				
12 H	130x80	84	18	36,2
18 H	140x80	82	20	30,50
24 H				

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



Núcleo de Enfermagem em

Protopia nº 1

Versão: 08

Flaobornha: 02/2013

Atualização: 12/2013

Tratamento de Feridas

HGER

Paciente:

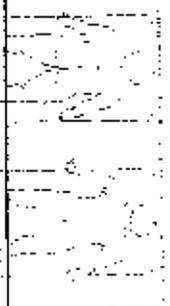
João Teodoro dos Santos

Data: 23/01/2019

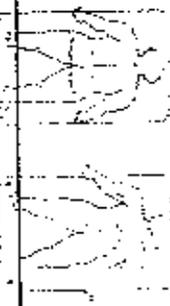
Fator:

H08.3

Localização



Região: pe esquerda



Região:

Fundição

- I-II III IV *
- Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
- Trauma () Infeção () Fístula Externa () Artropatia
- Outras

- I-II III IV *
- Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
- Trauma () Infeção () Fístula Externa () Artropatia
- Outras

Apresentação de

Falta

- Meiose: Amarelada/Neutra () Escarado () Granulação () Epitelização
- Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

- Meiose: Amarelada/Neutra () Escarado () Granulação () Epitelização
- Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Veio Perlesionado

- Normal () Macerado () Seco () Meliormo / Rubor
- Curto

- Normal () Macerado () Seco () Meliormo / Rubor
- Curto

Tipo de Exudato

- Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
- Outros

- Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
- Outros

Quantidade de

Exsudato

- Molhado () Seco
- muito

- Molhado () Úmido () Seco

Seleção de

Emprego

- Soro Fisiológico 0,9%
- Iodexina 2%
- Álcool 70%

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

Objetivo

- Gaze () Compensação Fibrosa () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
- Outros

- Gaze () Compensação Fibrosa () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
- Outros

Local

UF: PR

Município: Marumirim

CEP: 48748

UF: PR

Município: Diário

CEP: 18748

Profissional que

realizou

Rozângela Miguel Dezotto
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 629 705

Adonilde Metrack
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 507 76577

Responsável pelo

tratamento

[Assinatura]

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

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	
2	AVP	SND
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 24
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	DEXTRÓ 6/6HRS	Rotina
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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	OT
12H	130x80	93	18	36,2
18H	146/93	98	19	36,2
24H	119x80	88	18	36,2

Dr Odinaclir Okemlin
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

ob, h 125x79 83 20 35/60

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Pedrono dos Santos

Leito:

408.3

Data:

24/01/2019

Grav II

Localização:	 	Região: <u>M/E</u>	 	Região: _____
Etiologia:	<input type="checkbox"/> LPP 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:	<input type="checkbox"/> LPP 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 checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <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:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <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:	<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 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:	<p><i>Mrs. Soraia de Oliveira</i> COREN: 16987-095 - TE</p>	<p>Adonilde Pereira Araújo Técnica de Enfermagem COREN: 107795/TE</p>		
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

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
 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	TENOXCAM 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 + SFO,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	06/15/1958
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	02:22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	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	

Handwritten notes:
 SUSPETA
 17/01/2019 23:15
 Suspeita
 Rotina
 06/15/1958
 02:22
 06
 NTF

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

Handwritten notes:
 19:00 às 7:0
 Afundado
 uter
 Prontuário Médico
 Serviço de Endemias
 15/01/2019 - TE
 GOV. RR 151.318-TE

SINAIS VITAIS		FC	FR	T
6 H	PA			
12 H	140/90	100	20	36,7
18 H	140/90	86	20	36,2
24 H	130/74	85	20	36,0

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

Handwritten notes:
 07:13h. pac no leito, afundado SSVU. Dado mais realizado na falha de fato Al. glicose simétrica de 138 a 190 ADM medicações, afundado SSVU ec. Sarah

Tratamento de Feridas -

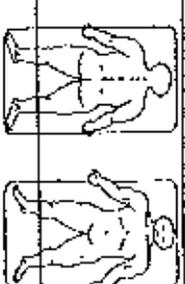
HGR

Paciente:

Leito:

João Teodoro dos Santos
408-3

Data: 25/01/19

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 checked="" type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração 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: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<i>Gravata</i>	
Aparência de 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 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 type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <i>Macerado</i>	<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"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <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 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:	<i>Zorângela Miguel Decador</i> Enfermagem MOJ JOREM-PA 629 703	<i>César Soares Costa</i> Técnico de Enfermagem COE-EN-RF 599-290		
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			



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
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			SAD
2	AVP			man
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,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			

Handwritten notes:
 06
 23MF
 22-06

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	FO2	FR/4	36°C
12 H	123x75	85	-	36.1
18 H	140x40	96	-	35.8
24 H	126x87	88	14	36.5°C

Dr Odipachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1861-RR

Handwritten notes:
 07 em 19 L
 Realizado os med
 eafas de horários
 SSVV - comparecer aux
 ção.
 Dr. Amilcar

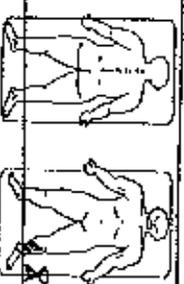
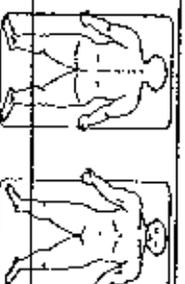
Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo: 01
Paciente: João Tadeo dos Santos
Leito: 408.3

Versão: 08

Elaborada: 02/2013
Data: 26/01/14

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: M.T.E		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV 2* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV 2* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia
Aparência de Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização
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"/> Eritema/Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema/Rubor
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco
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 type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Hidrogel
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	Instituto de Ensino de Enfermagem Faculdade de Enfermagem COR-RR-RE 202-203		Região Sudeste do Brasil Núc. de Enfermagem COR-RR-RE 415.275	
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			



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 27/01/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS 5N

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 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 - 19 h

adm. medicações de horário cpm

Apreensão sinais vitais.

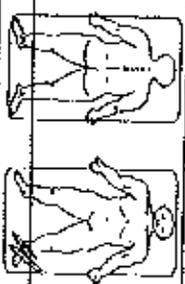
fu per tensão adm. útm. (U)

Luzarina dos Reis
Téc. Enfermagem
COREN-RR 063.800 TE

Paciente: **José Carlos Santos**

Leito: 408-3

Data: 27 / 04 / 19

Localização		Região: <u>MiM</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>Tracção</u> 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>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"/> 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"/> 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 _____		
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 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 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:	<p><i>Andrielle Gomes de Lima</i> Auxiliar de Enfermagem RGDEN-RR 389.803</p>	<p><i>Larissa Alves Melo</i> Técnica de Enfermagem RGDEN-RR 129.428-72</p>		
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
 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	TENOXCAM 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	<p>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</p>	

15 UNTE 17 194mg/dl 23130
18 22 26
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	F83	FR18	36,2
12 H	120x80	76	18	36,2
18 H	130/90	87	19	36,7
24 H	110x70	75	20	36,2

Dr Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Ctm 1851-RR

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. *farmacia*

27h DEXTRO: 94mg/dl

*13 as 194, por no leito,
 Adm. medicações C.P. em
 Apêndice 21/01/2019, 17:10*



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Prof. João nº 1

Versão)

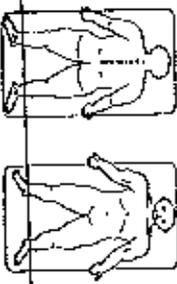
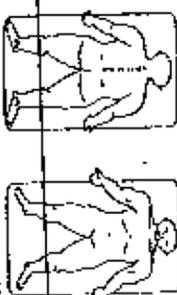
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Yocã Saldans dos Santos*

Leito: *408-3*

Data: *28/01/2019*

Localização		Região: <i>MTE</i>		Região: <i>MTE</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo () 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	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<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 () Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () 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 checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Yocã Saldans dos Santos</i> <small>Profissional de Enfermagem Número de Registro COREN-RR 359.802</small>	<i>Renata</i>	<i>Yocã Saldans dos Santos</i>	<i>Renata</i>
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			
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			Manten
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			SN
7	TENOXCAM 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	SSV + CCGG 8/6 H			Defina
15	DEXTRO 6/6HRS	5115817-121-23-116		06 L10
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 Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 as 13hs foi verificado SSVV. Ana ma.

18hs - Administrado medicação CPM. Afundado SSVV com parâmetros normais segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Tec. Rf

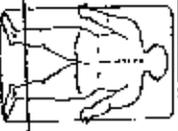
Roberta Cristina A. Rodrigues
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 220.873-7E

08:00 - 130/60
 fc: 90 TAV: 36°C
 # Protocolo todos os cuidados, SSVV e

Paciente: *Paulo Roberto dos Santos*

Leito: *468-3*

Data: *25/02/19*

Localização	 	Região: <i>MJE</i>	 	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 <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<i>Garra</i>	<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 <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
Aparência de Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <input checked="" type="checkbox"/> Estacelo <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/Neira <input type="checkbox"/> Estacelo <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 type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
Pele Perilesiada	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	_____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input 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"/> Alcool 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: _____	_____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input 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: _____	_____	<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:	<i>Emília de N. Silva</i> <i>CRN 101.307.153-05</i> <i>Cláudia de S. Leite</i> <i>CRN 101.307.153-05</i>	_____	<i>Paula Silva Rodrigues</i> <i>CRN 101.307.153-05</i>	_____
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	<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>				

11/01/2019
0314306L
14/01/2019
Rotina
uso de paracetamol

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

19 de 07
Realizado medicagem de paracetamol conforme prescrição
de família

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x73	79	22	34,4
18 H	122x80	88	20	36,2
24 H	132x84	83	-	36,4

Dr Odinachi Okemir
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRO 18511RR

*12h. Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa
segue em observação. Rec. Conf. *Agostinho B. Bezerra*
Técnico em Enfermagem
CORENUR 1.079.238-JE*

3:00 às 19:00 h.

*Realizado administrado medicagem de paracetamol
não houve realização de outros procedimentos, não foram feitas nem aparências
de melhora da dor.*

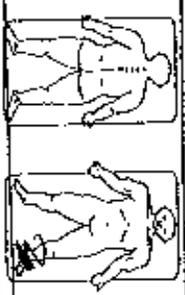
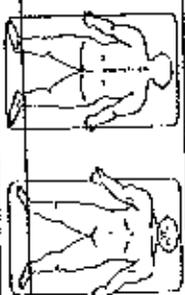
Tratamento de Feridas -

Paciente: **João Fardora dos Santos**

HGR

Leito: **408-3**

Data: **30/01/19**

Localização:		Região: MIE		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> IPP 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> </u> Tação <u> </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> IPP 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> </u> Tação <u> </u> 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: _____	<input 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 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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
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"/> Alcool 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: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <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: _____	<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:	Jeser Soares Costa Técnico em Enfermagem COBENRR 599-290	Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COBENRR 1.047.432 - TE		
Observações:	_____	_____		

408-3 M

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 31/01/2019

ITEM 1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS HORARIO SND manter

2 AVP

4 OMFRAZOL 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 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

DIETETICO 23L

m
Potina
OGL
22
22

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				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	85	18	36.2
18 H				
24 H	114/82	85	18	36.4

Dr Odinachi Okeniri
Residente Do Ortopedia e
Traumatologia
Crm 2851-RR

49 anos 07. Afetado SSVV e ael med.
diaceticos, aceita item sb per nao
ter na far medic - Segue cu
Cuidados da enfermagem

12hs Reduzido para AVP. referido
Sinais vitais segue em observacao
de farmacologia. Te segue

13 as 19hs
ordem med. ca
e de ho na
+ su
7678

Dr. Messchmidt
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 572201-NUV

408-3

J



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
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS			SND
2	AVP			mat
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			
8	PLASIL 10MC 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 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			22 NT
17	CELEPIME 1G EV 8/8HRS			15-2-26
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Handwritten notes: LINTA, INT, 23 NT, 06 NT, 22 NT, 15-2-26

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 = 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	92	19	36.37
24 H	131/78	81		36.5

Dr Odinaçy 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



Tratamento de Feridas -

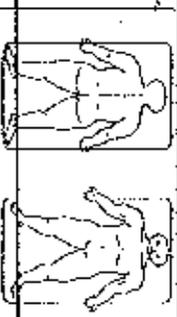
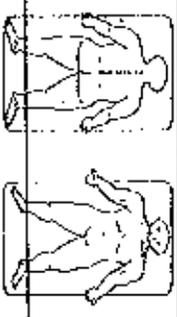
HGR

Paciente: *João Roberto dos Santos*

Leito: *408.3*

Data: *01/02/2019*

Localização		Região: <i>MSE</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP 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: <input type="checkbox"/> Tração <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: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estácelo <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:	<input 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 _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input checked="" 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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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:
Pele Perilesional	<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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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%	<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 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:	<input type="checkbox"/> Gaze <input 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	<p><i>Jucileide Moreira</i> Assistente de Enfermagem Ausência: 453.554 COBENFEN 824.827</p>	<p><i>Ana Carolina da Silva Gomes</i> Téc. em Enfermagem Ausência: 824.827</p>		
Observações:				

Localização		Região: <u>M.I.E.</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input checked="" type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <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"/> Estácelo <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 checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input 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 _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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%	<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"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	<p><u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COSENHOR MEIROS</p> <p><u>Rosyride P. Nunes</u> Téc. de Enfermagem COSENHOR MEIROS</p>			
Observações:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

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 DIABETICOS	SN
2	AVP	ingerir
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 22
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	rotulada
15	DEXTRO 6/6HRS	17L SF 10 - 17L SF 10 - 21L NTE OGNI 7 Fala
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	NTE 22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	22 96
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	150/63	67	20	36.1
18 H	138/23	80	/	36.5
24 H	134/74	83	-	35.4
6 H	130/90	79	20	36°C

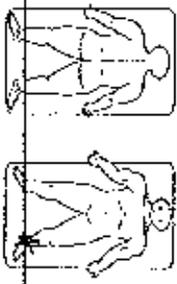
Dr Odinachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 1851-RR

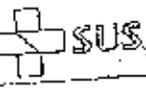
Paciente:

João Teodoro dos Santos

Leito: 408.3

Data: 03/02/19

Localização		Região: M.I.E.		Região: M.I.E.
Etiologia	<input type="checkbox"/> I I P 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:	Grau: I () II (X)	<input type="checkbox"/> I I P 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:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sorda <input type="checkbox"/> Outros:	<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/Sorda <input type="checkbox"/> Outros:	<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/Sorda <input type="checkbox"/> Outros:	<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/Sorda <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: <u>edemaciado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edemaciado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edemaciado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edemaciado</u>
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Coertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	<p>Rozângela Maguel Dedeoni Téc. Enfermagem COREN-RR 829 705</p>	<p>Rozângela Maguel Dedeoni Téc. Enfermagem COREN-RR 829 705</p>	<p>Rozângela Maguel Dedeoni Téc. Enfermagem COREN-RR 829 705</p>	<p>Bernice Sônia Cortes Téc. Enfermagem COREN-RR 387.172</p>
Observações:				



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *Alvares*

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

OME e pte

18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Crise

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fiz + EX LAB

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

OME pte

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - CID 10 QUATRO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Dalsom Feitosa
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PR 1175

Dr. Rodrigo B. Dias
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PR 1114

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pro crise do ome pte

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dalsom Feitosa

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/12/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÉCNICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CDAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () INAD SECURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0915040035
R02
M866



Jão Teodoro L. S. A.

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 9/12/13 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DMC - PJ (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FTO cerveja e DMC PJ (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MÓDIFICACIONES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Teodoro 1º AUXILIAR: Reyer

2º AUXILIAR: Adriano RI INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Dáson Feitosa
Ocupador Traumatologista
CRM 12345

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 12345 - 12345

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Pet DDK + anestese
- 2- Anespiu + Antepip + Campos sb
- 3- Realizado desbridamento em area de ferida PJ (E) em tecido devitalizado.
- 4- 2 DC expost + curativo
- 5- RPP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Associação Federal dos Estados"

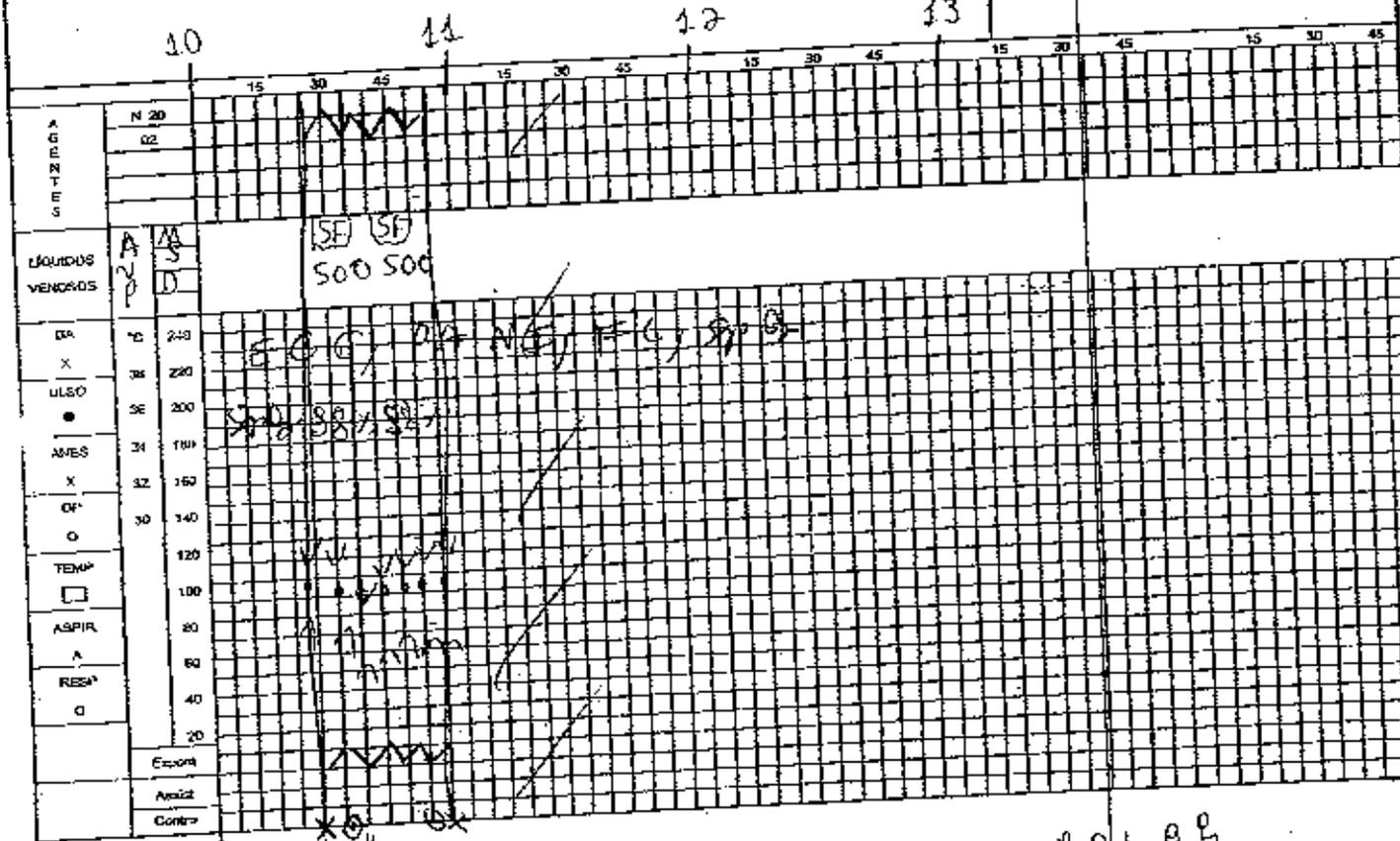
FICHA DE ANESTESIA

João Teodoro dos Santos

Id: 60 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 04/02/19



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 0,5% 13mg	Roqui anestésico lombor injeção simples hipolítico + ventilador espontâneo cabeça de O ₂ sobre cateter nasal	x monitorização + Deck Ut ① Ojetiva de O ₂ sobre cateter nasal 24/ ② Anestesia e antiespasm de região lombor com álcool a 70%, tempo estéreo, punção subocainável entre L3-L4, agulha Bülck Nº 20, LCA positivo, dose normalizada, com infusão de Bupivacaína 0,5% 13mg ③ Fentanyl 30mcg + milogolam 2
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso Oro Faringea Naso Oro Drolaqueal - Dega	
MOOD		Inf - Temp - Calibre do Tubo	
SANGUE	SFO, 8% 1500ml	Sob Máscara Dificuldade Técnica Não	
TOTAL	1500ml	TEMPO DE ANESTESIA 10:25 a 10:55	
OPERAÇÃO	Desobstrução de m m i E		Letargia - Espasmo - Espaço Saco Depressão Respiratória - Hipria "tucking" - Vômito
ANESTESIA	Dr. Matosa / Dr. Fabian	Dr. Nelson Dr. Rogério	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque

R. J. Daniele

④ Epitima 20mg (IV)

x Entombrado a SRPA

Dr. Antônio A. Ferraz
Anestesiologista
CRM/ROR 007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

FD - 60 anos

NOME DO PACIENTE: José Teodoro dos Santos APT OU LEITO: 108-03 Nº DO PRONTUÁRIO: 04 DATA: 1 Out 1979

CIRURGIA: Abundamento em Assin. Infestada TIPO: INZ TEMPO DE DURAÇÃO: INICIO: 10:30 FIM: 10:50 TEMPO TOTAL:

EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: Dr. Marília RES. ANESTESIA: R. Kannel INSTRUMENTADOR: 1º AUXILIAR: Dr. Odinaich 2º AUXILIAR: CIRCULANTE: Miriam / Aderilton

TIPO DE ANESTESIA:	QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>Rogue - 10:25</u>						
	<u>1</u>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<u>1</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	
	<u>1</u>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	<u>1</u>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	<u>1</u>	LÂMINA BISTURI Nº <u>21</u>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	<u>1</u>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	<u>1</u>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	<u>1</u>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	<u>1</u>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	<u>1</u>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	<u>1</u>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	<u>1</u>	SERINGA 10ML		<u>70ml</u>	GEFOAM <u>Plavicina Alveolar</u>	
	<u>1</u>	SERINGA 20ML		<u>1</u>	PITA CARDIACA <u>Plav. 40x1</u>	
					OUTROS: <u>Alveolar 15</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL	MEDICAMENTOS
	<u>Bábara</u>		
	<u>Priscila</u>		
FUNÇÃOÁRIO/CAJ. CILOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	SUB-TOTAL
	<u>Miriam</u>	TAXA DE ANESTESIA	
	<u>Kannel</u>		SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

41083



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: 04/02/2019

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,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 É 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	<i>J. Teodoro</i>
15	DEXTRO 6/6HRS	<i>14/2/2019</i>
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			
18 H			
24 H			

Dr Odinachi Okemchi
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

07:00 às 13:00h
 não foi realizado dextro pois não tem fita e
 um aparelho no pé, não foi realizado
 nenhuma de sinais vitais pois paciente está
 ausente do leito, encontrar-se em
 os corredores de emergência

Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 4178/4-AUX

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 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N	22:30
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	<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, 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
6h	111x69	77	18	35,2

Dr. Odínachi Okemil
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1854-RR

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

Bloco:	Data:	Enfermária:	Leitor:	
Nome Completo:		Idade:		
Procedência:		Sexo: () F () M		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não		Hipótese Diagnóstica: () Padrão () Contato () Gúticula - aerossol () Gúticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não		Qual(is):		
Necessidade de intérprete? () Sim () Não		Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação		() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

<p style="text-align: center;">SISTEMA NEURÓLOGO</p> <p>() Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage</p> <p style="text-align: center;">PUPILAS</p> <p>() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes</p> <p style="text-align: center;">REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <p>() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia</p> <p style="text-align: center;">CARACTERÍSTICAS DA PELE</p> <p>() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____</p> <p>Úlcera por pressão: () Sim () Não</p> <p>Região: _____</p> <p>Curativo realizado: () Sim () Não</p>	<p style="text-align: center;">SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p>() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____</p> <p style="text-align: center;">AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GIT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Esvazições: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente</p> <p style="text-align: center;">REGULAÇÃO ABDOMINAL</p> <p>() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</p> <p>() Espontânea () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Hematúria () Clostomia () Irrigação contínua () Uropen</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p style="text-align: center;">SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <p>() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____</p> <p style="text-align: center;">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</p> <p>Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GIT () Lavagem () Sifonagem no de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>() 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</p> <p>() 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</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

AGNÓSTI 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	PA	FC	FR	TEMP
6 H	106/65	74	20	35,7°C
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
Cm 1851-RR

7 as 13h foi adm =
medicacao de horario
+ SSVV + Acas. ministrado



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
 HGR

Protocolo 1
 Versão: 08
 Paciente: João Teodoro dos Santos
 Leito: 408-3

Elaborada: 02/2013
 Atualizada: 12/2018
 Data: 06/02/19

Localização		Região: MIE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III IV 2* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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:	Grau: I () II ()	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2* <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:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" 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 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"/> Esfácelo <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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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%	<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 checked="" 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:	<input type="checkbox"/> Gaze <input 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Maria de Fátima A. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN/MS 449.708	Rosângela Miguel Depoim Enfermeira COREN/MS 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: HAS DM2
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 07/02/2019

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	TENOXCAM 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 É OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVY + 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: 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	90		36,1°C
18 H	101 x 72	74	20	36°C
24 H	130 x 80	70	16	36°C

Dr Odinachi Okeroffi
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 12518/R



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			

<p style="text-align: center;">SISTEMA NEURÓLOGO</p> <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	<p style="text-align: center;">SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <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: ____
<p style="text-align: center;">PUPILAS</p> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<p style="text-align: center;">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <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
<p style="text-align: center;">REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <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	<p style="text-align: center;">REGULAÇÃO ABDOMINAL</p> <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"/> Hipnótico 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
<p style="text-align: center;">CARACTERÍSTICAS DA PELE</p> <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"/> Actinótica <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	<p style="text-align: center;">SISTEMA URINÁRIO / BÍLÍASE</p> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> S/D <input type="checkbox"/> Anóxia <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Isostomia <input type="checkbox"/> Es. Cálculo <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 <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
CONTROLE DE CATÉTERES/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: _____ Total: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia 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"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado 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 familiares 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



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				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	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 Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia
Crm 1851-RR

Obs: Não foi realizado o deseto do paciente de horário que as fitas que tem é somente p/ realizar deseto emergenciais. Exiba de plantão ciente! Auxi Ara

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

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

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

<p style="text-align: center;">SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <p>() Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____</p> <p style="text-align: center;">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</p> <p>Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOL () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>() 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</p>	<p>() 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</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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 09/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS			8ND
2	AVP			manhã
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	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: 11 (10mg) 1 (2mg) 2,3 164			Rotinas 06/02/19
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			14.200.00
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	117/70	77	19	36.1°C
18 H	130/90	78	18	35.7°C
24 H	125/66	80	20	36.2°C
06.0	127/76	74	18	35.8°C

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



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Teodoro dos Santos

Sexo: Masculino

Data: 09/02/19

Leito:

108-3

Localização		Região: <u>M.I.E.</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP III IV 2* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Extremo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	<input type="checkbox"/> LPP III IV 2* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Extremo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfáceo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido _____ () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido _____ () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Rêgulo A. Viana Auxiliar de Enfermagem - COREN/SP 249708	Rosângela Miguel Decador Enfermeira - COREN/SP 626785		
Observações:				

4083

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

AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2
LEITO 408-3 DATA 10/02/2019

IDADE 60 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

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	TENOXCAM 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	Polina
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	17:30
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>	

* 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	58	S/R	36,2
24 H	128/79	80		36,6

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

Of os...
com...
+ 80
dextro 23 L 55
06 L 78

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Yôan Tadeu dos Santos

Leito: 408-3

Data: 10/21/19

Localização			Região: M.T.E	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> QLP 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:	<input type="checkbox"/> QLP 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 () II (X) III ()	Grau: I () II ()
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 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"/> 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"/> 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
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Outro: <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: <input type="checkbox"/> Purulento <input 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
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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%	<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"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogele <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogele <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogele <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogele <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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Micaela Maguel Mendes Tati Perdomo Adren-2112		Sueli Rose Juonai von	
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

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2
LEITO 408-3 DATA 11/02/2019

IDADE 60

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	TENOXCAM 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. REG. 2 unidades

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°C
18 H	130/98	73	20	36,6°C
24 H	137/89	80	19	36°C

Dr. Odínachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

7 de 13 h por adm -
medição de hormônio
+ 95 VU - Anomalia
03:00h - DEXTRO = 150 mg/dl
06:00h - DEXTRO = 147 mg/dl

13 de 13h, adm. med
com e de honar
+ SU
2
167684

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Toão Teodoro dos Santos

AGR

Leitor:

4083

Data: *11/02/2019*

Localização		Região: <i>MTE</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> L.P.P. I II III IV 7* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo <u> </u> ortopedia <u> </u> <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> XI <input type="checkbox"/> XII	<input type="checkbox"/> L.P.P. I II III IV 7* <input type="checkbox"/> Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo <u> </u> ortopedia <u> </u> <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> XI <input type="checkbox"/> XII
Aparência do Leito	<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"/> Maceração <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: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <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: _____
Pele Perifoneal	<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: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input 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: _____
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: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input 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 checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input 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"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input 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: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input 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 type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	<i>Renata Silveira Rodrigues</i> Aux. de Enfermagem CRP 442.275	<i>Adonilde Vieira Araujo</i> 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

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
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	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	140/70	82	20	36,0
18 H	130/70	81	20	36,0
24 H	135/70	83	20	36,4c

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 4851-RR



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
AGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
ALERGIAS: HAS DM2
IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 13/02/2019

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	TENOXCAM 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 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	SSW 1000GG 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; 400-450 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 FACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DIAP	DIAP	DIAP	DIAP
6 H	120/80	70	18	36,2				
12 H	120/80	70	18	36,2				
18 H								
24 H								

Dr. Oomachi Oemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

16/02/2019
12h - 820V 8U
15h - 88R 8U
18h - 36,2



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: **JÃO TEODORO DOS SANTOS**

Leito: 408-3

Data: 31/02/199

Localização



Região: MIE



Região:

Etiologia

I II III IV 7ª Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tracção Fixador Externo Ortopedia
 Outro:

I II III IV 7ª Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: Tracção Fixador Externo Ortopedia
 Outro:

Aparência do

Leito

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

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

Pele Perifereira

Normal Macerado Jeca Eritema / Rubor
 Outro:

Normal Macerado Jeca Eritema / Rubor
 Outro:

Tipo de Exsudato

Purulento Seroso Sanguinolento Sero-sanguíneo Seco
 Outro:

Purulento Seroso Sanguinolento Sero-sanguíneo 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%

Coberura

primária Gaze Colagenase/Fibrinase Sulfadiazina de Prata Hidrogei
 Outro:

Gaze Colagenase/Fibrinase Sulfadiazina de Prata Hidrogei
 Outro:

Troca

12/12 Diário 48/48h

12/12 Diário 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Brigida S. Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 611.356

Rozângela Miguel Decóro
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 629.703

Observações:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jão Teodoro dos Santos CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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.

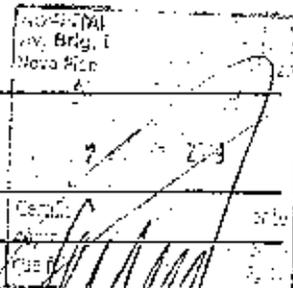
Boa Vista, _____ de _____ de 20____, Hora: _____

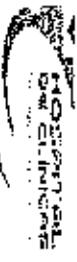
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador





INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGUIN

1509

Nome: 1º Tenente

HD: F. Juliana Silva

DATA: _____

SEXO: UM UF: 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	1
Originação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/carter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/carter 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
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	2
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessária de auxílio para deambulação	Ambulante	3
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	2
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	2
Eliminações	Evacuações no leito e usa de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	2
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	I.M ou V.O	2
TOTAL:					16

Assinatura e carimbo do profissional:

Wendley Aguiar Coutinho
Enfermeiro
14.731 COREN-AM

16

Complexidade Assistencial: Intensiva | Pontuação: Acima de 31

Semi-intensivo: 27-31

Atenção básica: 21-26



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
 Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Jose Teodoro

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: _____	<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	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	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"/> 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 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 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 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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: _____	<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	Nota 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, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



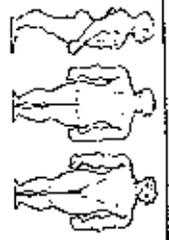
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sara Tereza dos Santos HD 329 ALÉRGICO ? _____

DATA: 29/02/19 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL	DATA	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL	DATA:	DATA:
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:



SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA: _____

DRENOS: SIM () NÃO () QUANT? _____ 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: 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: () PÉRMAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () NAZAL () PRECÁRIA

OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSESSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNDIOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROGANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PÉRSUAO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUORANTE

PULSO: () NORMAL/CÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

RUÍDO: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VIVO PALPÁVEL

HÍMENO: () NORMAL () IRRREGULAR () CONSTRIÇÃO () TUMOR

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENERENTAMENTO 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

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DABARRIA

() CONSTRIÇÃO

() RISCO PARA CONSTRIÇÃO

() DÉFICIT DO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PAZÃO DO SOXO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PÉRSUAO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() GERENCIAR 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 ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO _____ H

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS _____



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				
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				manhã
4	TILAFIL 20MG EV 12/12H				14h/22h '96'
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				2U
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				4U
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				96'
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				2U
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				2U
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 6/6HS				manhã
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				10h/22h '96'
17					2U
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUIAR (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. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA - FC	T - ETD
6 H	100/70 72	36.0 - +
12 H		
18 H	140x90 89	36.0 + +
24 H	160x90 70	36.0 + +

dentro 06:00h
105 mg/dl
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

dentro 24h 178 mg/dl

*Dextro 273 as 12hs.
Feito 2UI*

*Dextro
as 18hs
264/2UI Feito*

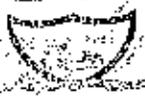
Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 15177RQE-684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Waldemar dos Santos DATA: 21/04/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ HD: _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESIONES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																	
<p>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</p> <table border="1"> <tr> <td>CATERER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATERER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table> <p>SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____ 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- AMPUTAÇÃO ÚTERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()</p> <p>CABEÇA: RESOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____</p> <p>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 () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____</p> <p>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO</p> <p>EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO RÍMULO INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMURÓS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIPOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS</p> <p>CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:</p> <p>() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA</p> <p>APARELHO CARDIOVASCULAR</p> <p>RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____</p> <p>APARELHO GASTROINTESTINAL</p> <p>APETITE: () MORVA () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRÍDO () DESTRUTURADO PLAZA: () ALGENTES () PRESENTES ABDOME: () MANSO () DISTENDIDO () TÍNGIDO () AGUDO () VMS PALPÁVEL ELIMINAÇÃO DE FEZES/ URINA: () REGULAR () ANORMAL () CONSISTÊNCIA: () MOLE () DURAS ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL () PRESENTE () AUSENTE</p>				CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA					<p>() RISCO DE INFECÇÃO</p> <p>() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</p> <p>() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p>() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA</p> <p>() ANSIEDADE</p> <p>() MEDO</p> <p>() ENFRENTAMENTO INEFICAZ</p> <p>() RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>DESEQUILIBRADA</p> <p>() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p>() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p>() FADIGA</p> <p>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>() RISCO PARA QUEEDAS</p> <p>() RISCO PARA LESÃO</p> <p>() AUTOSTÍMIA 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>() DOR</p> <p>() HIPOTERMIA</p> <p>() HIPERTERMIA</p> <p>() INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>() DESGUTIÇÃO PREJUDICADA</p> <p>() COMPORTO PREJUDICADO</p> <p>() DEFICIT CARIÓTIPO PREJUDICADO</p>				<p>() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS</p> <p>() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H</p> <p>() MANTER MONITORIZAÇÃO</p> <p>() MANTER CABEÇEIRA ELEVADA _____</p> <p>() ASPIRAR VAS /TOT _____</p> <p>() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA</p> <p>() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS</p> <p>() OBSERVAR PEREUSÃO 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 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>() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO</p> <p>() ORIENTAR AUTOCUIDADO</p> <p>() REALIZAR BANHO NO LEITO</p> <p>() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H</p> <p>() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p>() PREPARAR PARA EXAMES ENVI _____</p> <p>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</p> <p>() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.</p> <p>() CUIDADOS _____</p>			
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																				
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																				



329

HC

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
IDADE		LEITO	329	DATA	24/2/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-01/2
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	OMÉPRAZOL 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				12-18-24-06
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. EUPNICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

Capet 12hs 120mg/dl 23mg/dl

EXAMINAÇÕES VITAIS	PA	FC	D	E	FR	TC
6 H	136/70	82	-	-	20	36
12 H	134/69	65	+	+	20	36.2
18 H	140/77	82	+	-		36.3
24 H						

DXT em 18h: 261 mg/dl : feito 04 ut de IR.

DXT em 24h: 53 mg/dl
DXT em 24h: 117 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 Todorino dos Santos

DATA: 24/02

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: _____ 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 Serossanguíneo

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 2%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
 Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo:
 Manhã 09:46h Tarde

Data da Próxima troca:
25/02/13

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. ec. em Enfermagem

01- Elénice Pereira de Sousa
 COREN/PA 047.956.73

02- _____

01- _____

02- _____

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 RR

NOME: João Victor dos Santos HD Fredine Loução da

DATA: 24/02/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONIDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>CATER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>CATER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: <u>23/02/19</u></p> <p>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>DRENOS: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____</p>		<p>() PADRÃO RESPIRATÓRIO 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 DESEQUILIBRADA</p> <p>() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p>() DESEMPENHO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p>() FADIGA</p> <p>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>() RISCO PARA Quedas</p> <p>() AUTOSTÍMIA PERTURBADA</p> <p>() DIARRÉIA</p> <p>() CONSTIPAÇÃO</p> <p>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p>() DÉFICITO DE CUIDADO</p> <p>() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</p> <p>() DOR</p> <p>() HIPOTERMIA</p> <p>() HIPERTERMIA</p> <p>() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>() REGULÇÃO PREJUDICADA</p> <p>() CONFIORTO PREJUDICADO</p> <p>() DÉFICITO CARIÓTIPO DIMINUIÇÃO</p> <p>() DÉFICITO</p>	<p>() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS</p> <p>() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>h/v/h</u></p> <p>() MANTER MONITORAÇÃO</p> <p>() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____</p> <p>() ASPIRAR VAS /TOT _____</p> <p>() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA</p> <p>() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCAS</p> <p>() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA</p> <p>() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS</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 DISTENSAO ABDOMINAL</p> <p>() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p>() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H</p> <p>() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS</p> <p>() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO</p> <p>() ORIENTAR AUTOCUIDADO</p> <p>() REALIZAR BANHO NO LETO</p> <p>() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H</p> <p>() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p>() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____</p> <p>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</p> <p>() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.</p> <p>() MANTER CUIDADOS</p>

<p>1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- RATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO</p> <p>ÚTERO POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III</p> <p>CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO</p> <p>PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICAS</p> <p>ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS</p> <p>HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA</p> <p>OROS: _____</p>	<p>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO</p> <p>EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO</p> <p>DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO</p> <p>FREQUÊNCIA: () SUPLENICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO</p> <p>MÚRMURAS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTES () TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO</p> <p>RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS</p> <p>CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:</p> <p>() ALIDADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA</p> <p>() CIANÓTICA () ACANÓTICA () JACOCANÓTICA</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA</p>	<p>APARELHO CARDIOVASCULAR</p> <p>RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()</p> <p>PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>PULSO PERIFÉRICO: () ARRITMICO () FILIFORME</p> <p>PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE</p> <p>LOCAL DO PULSO: _____</p> <p>APARELHO GASTROINTESTINAL</p> <p>APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE</p> <p>R. H.A.: () AUSENTES () PRESENTES</p> <p>ABDOMEN: () RÍGIDO () DISTENDIDO () TENSO () MOLE () VIBRANTE</p> <p>ELIMINAÇÃO: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA () PREJUDICADA</p> <p>ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sistema de Enfermagem Hospital das Clínicas RR

329

1



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	29/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM F HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				monte 29.12.19
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 INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPIAZOL 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 MMMM IG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DILEXTO 6/6HS				AT
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				29.12.19
17					20.
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 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. LUPNICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	B	DT
GH	140/80	79	18	26	+	-	82
12 H	130/80	76	18	36	+	+	83
18 H	130/70	75	17	36	+	+	
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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SILVIA MARIA DE SAUS

DATA: 25/02/85 SEXO: (X) M () F IDADE: 38

PESO: 58 KG. LETO: 308

HD

* ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CAETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CAETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DIENOS? SIM () NÃO ()			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			



LESÕES

1- FERIMENTOS 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: PESCO: O/ 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
 VAS AERÉAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OAS: _____

TORAX e pulmões/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICA () ASSIMÉTRICA
 DOB INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCUNSCRIÇÃO DA PELE/MUCOSAS: _____

PELE: HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO: () NORMAL () ARITMICO () FILIFORME
 LOCAL DO PULSO: () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ÚMIDOS/EPISÓDIOS: _____
 () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE

URINA: () NORMAL () ANORMAL () HEMÁTICA () PURPÚRICA () CISTORRÓIA () SVO () LIMPA () CONCENTRADA
 HEMESCORRIMENTA: () ESTIMULADA () INIBIDA () CONCENTRADA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 (X) ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () RISCO PARA LESÃO
 (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 (X) RISCO PARA QUEIMAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGRUTAÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AERÉAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TOT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 (X) ATENDER PARA QUEIMAS AGRICAS
 (X) ATENDER PARA NAUSEAS 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 JEIUM A PARTIR DAS: H
 () REALIZAR DEXTRO / HORAS
 (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTO-CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
 (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM:
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE ANSIEDADE
 () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE ANSIEDADE
 () OUTROS: _____

Assinatura: Silvia Maria de Saus
 Enfermeira
 CRP 25839

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	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				28%
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 12/12H SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMÉPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				2%
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 DIARIO				27/02
15	DEXTRO 8/8HS				16 27/02
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. CUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14228/RR

Resumo GH - TFL

SINAIS VITAIS	P.A	FC	TA	D	BE	DXT
6 H	122x80	78	18	36,2	+	51
12 H	120x80	64	18	36,98	+	132
18 H						
24 H	103x70	80	18	36,3	+	184

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Rosehay Kharena S. Rodrigu
Téc. Enfermagem
OREN-RR 509.35

DXT = 184 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

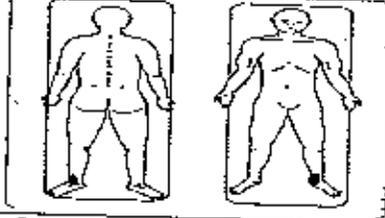
Nome: **João Teodoro dos Santos**

DATA: 26.02.15

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

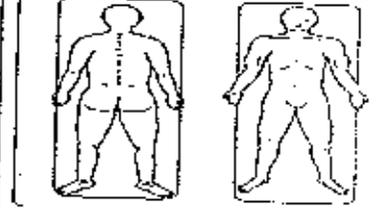


DATA:

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 Serososanguíneo

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 (Qual: 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

Manhã Tarde

Grêmio e ass. Téc. em Enfermagem

Andréia Gomes Gonzaga
01- **Téc. Enfermagem**
Elza M. Lima
Enfermeira
COREN/RR 365839

01-

02-

OBS:

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: _____ SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ HD: _____

DATA: 26/01/89 LOCAL: _____ ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO (X)		LOCAL		DATA	
CATETER CENTRAL						
CATETER PERIFÉRICO	SIM ()	NÃO (X)	LOCAL		DATA	
SONDA VESICAL	SIM ()	NÃO (X)			DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ()	NÃO (X)			DATA:	



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 PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO INSPIRATORIO: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
 MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSESSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNICOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS
 (X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PESQUISA PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO: () NORMAL/CÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL
 APÊTITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO
 R.I.A.G.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELEVA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIVRESE:
 () ESTANQUADA () ESCURACIMA () SVD () INFLAMA () CONCEN TRADA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- (X) ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESEQUILIBRADA
- (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- (X) 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
- (X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANTER MONITORIAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS /TÍT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- (X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
- (X) ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERUSSO PERIFÉRICA
- (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ 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 JEIUMA A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTERO _____ HORAS
- (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- (X) ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO _____ H
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
- (X) 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>Paciente no Cuidado Quirúrgico em Unidade de Cuidados em Ambiente de Cuidados Intensivos. Pesquisa Satisfeita. Nega dor. Nega náuseas e vômitos, oculares bem feita. Oferida transfusão de PLASMAFRAXO 400ml.</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Realização SSWL+ DXT (distal) e (distal) e S/ aquecimento. Segue com cuidados de enfermagem.</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>TARDE:</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Realização SSWL+ DXT (distal) e (distal) e S/ aquecimento. Segue com cuidados de enfermagem.</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>NOITE:</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Realização SSWL+ DXT (distal) e (distal) e S/ aquecimento. Segue com cuidados de enfermagem.</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>

ASS. E CARIIMBO- ENFERMEIRO:



 Realização SSWL+ DXT (distal) e (distal) e S/ aquecimento. Segue com cuidados 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				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	27/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				22/06
4	TILATHI, 20MG EV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMFONONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 h				Rafael
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHg				S/N
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 6/6h				18h
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:

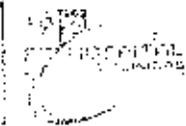
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	E
6 H	112/70	70	19	36,0	+	-
12 H	120/80	72	19	36,0	+	1
18 H	120/80	73	20	36,1	+	+

Dr. Pedro de Giovanni
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

24h de insulina 206mg/dl 2UI
realizado 2UI insulina
regular

Dr. Pedro de Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 15.15 / 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: José Teodoro dos Santos

<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> etiologia</p> <p> tamanho da ferida:</p> <p> comprimento _____ cm largura: _____ cm</p> <p> profundidade _____ cm</p> <p> aparência do leito:</p> <p> tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico</p>	<p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____</p> <p> comprimento _____ cm largura: _____ cm</p> <p> profundidade _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>	<p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____</p> <p> comprimento _____ cm largura: _____ cm</p> <p> profundidade _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>	<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo</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 beira 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> quantidade de exsudato</p> <p> tipo de exsudato:</p> <p> odor:</p> <p> coloração da pele perilesional:</p> <p> solução para limpeza</p> <p> cobertura primária (contate direta na lesão)</p> <p> modo de curativo:</p> <p> data da próxima troca: <u>28.02.19</u></p> <p> em caso de + de 24hs</p> <p> carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</p> <p> carimbo e Assinatura do Enfermeiro</p>	<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo</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 beira 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"/> Outra: _____</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"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input checked="" 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"/> Serososanguíneo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira 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"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	<p>01- _____</p> <p>02- _____</p> <p>OBS:</p>

José Teodoro dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN/RJ 917.063
Elza Lima
Enfermeira
COREN/RJ 365839

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvTec, Solutions Programs.
Os curativos com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: WALTER S. OLIVEIRA 35050510

DATA: 27/02/1988 SEXO: M (M) (F) IDADE: _____

PESO: _____ KG. LETO: 328 HD: _____

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES																
<table border="1"> <tr> <th>CATERER CENTRAL</th> <th>SIM () NÃO (X)</th> <th>LOCAL</th> <th>DATA</th> </tr> <tr> <td>CATERER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO (X)</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA: <u>27/02</u></td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO (X)</td> <td>DATA: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM (X) NÃO ()</td> <td>DATA: _____</td> <td></td> </tr> </table>	CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA: <u>27/02</u>	SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA: _____		SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA: _____		
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA														
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA: <u>27/02</u>														
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA: _____															
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA: _____															

1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU () I () II () III ()
 CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () AMISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____
 SONDAS NASCENTERAI: SIM () NÃO (X) DATA: _____
 DRENOS? SIM (X) NÃO () QUAL? _____

DIAGNÓSTICO
 () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 (X) ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () RISCO PARA QÜEDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 (X) RISCO PARA QÜEDAS
 () 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
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
 () CONFIUNTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TQT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 (X) ATENTAR PARA QUEIXAS AÚSICAS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE 12 H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 (X) 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 _____ / _____ HOROS
 (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 12 H
 (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS: _____

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
 MUBRUMUROS VESICUALES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 (X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: (X) NONTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
 APARELHO CAROTÍDASCLULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL/CÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL

AFETIVIDADE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO
 R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/INTIMÉRIOS/EMISÓIDOS: _____ () INDRMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURSE:
 (X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVDO () IMPIDIDA () CONCENTRADA

CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ LOCAL: _____

ASSINATURA DO ENFERMEIRO: _____

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

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	28/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETATORAL PARA DM E HAS				5049
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mesa
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				12/19/2019
4	THIATIL 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				Prólina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg				SN
14	CURATIVO DIARIO				torço do leito
15	DEXTRO 6/6HS				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				

torço do leito
06

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	F.C	FR	TAX	D	E	DTT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	06
12 H	110x80	71	18	36,4	+	+	06
18 H	130x80	69	18	36,2	+	+	06
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	06

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
R. 1815 / R. 22 - 651

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Dona Roseane dos Santos SEXO: M () F () IDADE: 32 ANOS PESO: 32,5 KG. LETO: 325 HD: 325 ALÉRGICO? _____

DATA: 28/02/55

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS	LESÕES
CATER CENTRAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: <u>27/02</u>	
CATER PERIFÉRICO: SIM (X) NÃO () LOCAL: LOCAL DATA: <u>27/02</u>	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: <u>27/02</u>	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: <u>27/02</u>	

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: 27/02

DRENOS: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: 27/02

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

LIBERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRIAS () DIMINUIDA ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAI: FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

COR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍDCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

NA-HIDRATADA () UMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () QUANTO () ARRITMICO () FRIOFRÍMICO

PULSO: () NORMALIZADO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE

EDÉMA DO PÉ: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABRILHAMENTO: () NORMAL () AUMENTADO

ABRILHAMENTO: () NORMAL () AUMENTADO

ABRILHAMENTO: () NORMAL () AUMENTADO

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INJEÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTEAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

- () DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOSTÍMIA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO ALTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA ERROCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTELIGÊNCIA CADA DIA PREJUDICADA
- () DANOS DO SONO DE CADA DIA
- () DANOS DO SONO DE CADA DIA
- () DANOS DO SONO DE CADA DIA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS ATQ
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EUMINACIÕES
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDIEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR GEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES, ETC.
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR SINAIS DE ATIVIDADE
- () OBSERVAR

Elaborado por: _____

Revisado por: _____

Assinado por: _____

MANHÃ:

Realizado avaliação de risco de quedas em paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca, em uso de medicação para hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal crônica. Foram realizadas orientações para prevenção de quedas, incluindo o uso de calçado adequado e a presença de acompanhante durante os deslocamentos.

TARDE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

MANHÃ:

Realizado Sinais e Sinais de alerta de queda em paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica. Foram realizadas orientações para prevenção de quedas, incluindo o uso de calçado adequado e a presença de acompanhante durante os deslocamentos.

TARDE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

38ho p/1 desatual sem queixo. Sin
to de compressão das bordas do
esqueleto

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

309



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				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H FIXO				SN
4	CLATIL 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				SN
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIARIO				SN
13	DEXIRO 6/6HS				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				

Handwritten notes and signatures in the prescription table.

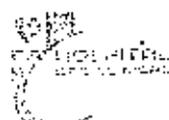
Handwritten notes and signatures in the prescription table.

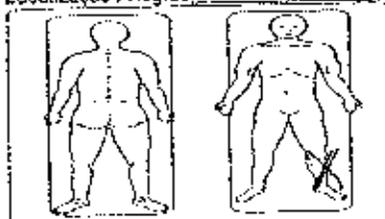
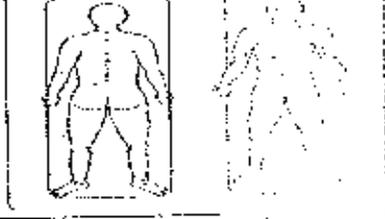
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 4451 RQE: 604

SINAIS VITAIS	PA	FC	ER	TAX	D	FR	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM
6 H	130/70	75	38	36°C	+	+	MI	ORTOPEDIA E
12 H	140/90	85	38	36°C	+	+	MI	TRAUMATOLOGIA.
18 H	150/90	80	37	36,2°C	+	-	MI	
24 H	140/90	74	37	36,3°C	+	-	MI	

	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 Carlos dos Santos				
DATA: 02/03/19	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 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input 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 única 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 única 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 checked="" type="checkbox"/> Outro: Óleo de girassol		<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		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	02/03/19			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Blowce Carla Regina de S. M. Enfermeira CURP: BR 93620		01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:				

Dica: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cowi/Tec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Luciano dos Santos

HD

DATA: 01/02/19 SEXO: M () F IDADE: _____

PESO: _____ KG

LEITO: 399

ALÉRGICO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES
CATERER CENTRAL SIM () NÃO (x) LOCAL: _____ DATA: _____	
CATERER PERIFÉRICO SIM (x) NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____	
SONDA VESICAL SIM () NÃO (x) LOCAL: _____ DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (x) NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____	

[Handwritten signature]

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO (x) DATA: _____
DRENOS? SIM (x) NÃO () QUAL? _____ DATA: _____
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRACTURA 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: NÃO CONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: NÃO NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: NÃO NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: NÃO PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (x) NÃO
FREQUÊNCIA: NÃO EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: NÃO AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () SIBILOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCUNSCRIÇÃO/DOR DA PELE/MUCOSAS:
HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANÔTICA () YACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: NÃO MORTERMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: NÃO NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO: () NORMAL/CÁRDECO () TAQUICÁRDECO () BRADICÁRDECO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NÃO NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () INUTRIDO () DESNUTRIDO
RHM: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () MOLE () VIBR PALPÁVEL
URINA: () NORMAL () ANORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MATURNA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOXICAÇÃO A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMIA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPACÃO
- () RISCO PARA CONSTIPACÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRADACÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEFETO CARRIO (O DENTÍFICO)
- () QUITOSOS
- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFERICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE 1 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: 1 H
- () REALIZAR DEXTRO 1 HORAS
- () BENGAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LESTO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () QUITOSOS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Realizada a deambulação espontânea com auxílio de muletas. Normotensa. Coração normal. Sem febre. Sem alterações de função renal. Sem alterações de função hepática. Sem alterações de função pulmonar.</p> <p>Ass. e Carimbo - Enfermeiro:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Realizado o banho de higiene no leito. M. membros superiores e inferiores normais. Sem alterações de função renal.</p> <p>Ass. e Carimbo - Técnico Enfermagem:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Maia de Jesus Santos
Técnico de enfermagem
CURTO Nº 1251556 JE



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				SUA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				DN.
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				DN.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				DN.
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				DN.
10	SSV + CCGG 6/6 H				DN 06h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				DN 08h
14	CURATIVO DIARIO				3x
15	DEXTRO 8/8HS ACAROVA FITA				08
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				NO.
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				

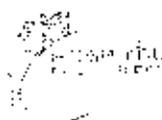
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

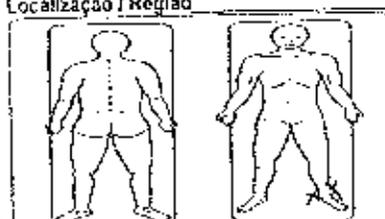
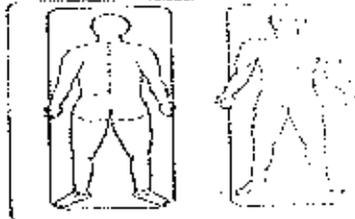
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	T	C	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°		+

Dr. Elaine Costa da Silva
Tec. Enfermagem
COREN - RR 601 195

	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: Sra. Iracema dos Santos

DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia Tamanho da Ferida: 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 checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Aparência do Leito: Quantidade de Exsudato Tipo de exsudato: Soro: <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"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Condição da pele Profissional: 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"/> 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"/> 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
Cobertura primária (Contato direto na lesão) Tipo de curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Imediato <input type="checkbox"/> Tardo	<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: _____	<input type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tardo
Data da Próxima troca: Em caso de 48 de 24hs Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Danieli Corra</u> <u>437480</u> 02-	01- 02-	OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cuiabá e Solution 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 PEDRO DO AMARAL S. HD 329
DATA: 02/03/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: _____ 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: _____

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- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓLICAS () ANISOCÓLICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () NÃO FAVORÁVEL () PRECÁRIA

ORBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () CISPNEÚTICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ECG DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CÍCADA () HIPOCÍCADA () EÚCIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

LESÕES

() RISCO DE INEÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÉUTICO

() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

DIAGNÓSTICO

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() ALTOSTOMIA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS

() ATENTAR 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 BAYHO 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 REGIS- SAE INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() CUIDADOS

avaliação de trabalho em laboratório de
 fisiologia, foram 15 minutos de trabalho por
 não houve falta ou presença.

Prof. Dr. Carlos A. de
 Castro
 FIC - Fisiologia
 FIC - Fisiologia

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: / HORA:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 12/03 HORA: 15:12

SSV afim de, em 03 administradas
 as 18h, mantendo sempre a PA em
 normal, em 10.

Prof. Dr. Carlos A. de
 Castro
 FIC - Fisiologia
 FIC - Fisiologia

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: / HORA:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: / HORA:

AS: 1/5 -> possível para apresentação alterada
 com um quadro de malícia de compunção
 presença

Jader

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - 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	3/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				maxlex
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				22:00
4	TIATII 20MG EV 12/12H				06
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				S/N
6	TRAMAL 100mg / SE 0,9% EV OU 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				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				Atenção
14	CURATIVO DIARIO				NA
15	DEXTRO 8/8HS				10:20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
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, TOSSO OU DIARRÉIA. JIPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Solicito Rx torax (C)

Dr. Eider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

EXAMES VITAIS	PA	FC	FR	SAT	D	E	DXT
08H	100x70	73	18	95%	F	2	
12H	100x70	70	17	97%	F	2	
16H	100x80	78	18	96%	F	2	
24H	100x76	76	18	96%	F	2	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

o Reduzido para 24h regular. 24h regular. 24h regular.

24h Regular
24h Regular
24h Regular

Kaliberga + Clonazepam



**Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC**

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2012

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: João Teodoro das Santos

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:	<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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarola <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarola <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarola <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	<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
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	<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	<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% 2x <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 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 <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 + de 24hs	<u>04/03/13</u>		
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 Cuiabá/Pe, Sulfadiazina Program.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ACÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA 07/05/2010 HORA 16:00

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ:

16:00 Nick 76 anos de idade paciente
a com a sua família para a sua admission.
a glaciada

TARDE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - T.ºC ENFERMAGEM:

NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: 07/03 DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - T.ºC ENFERMAGEM:

Realizado os cuidados de su
família e a sua família
TE 76 anos de idade
732410

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - T.ºC ENFERMAGEM:

ok

329

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 TORNOMELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
UNDE		LEITO	22	DATA	1/3/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				20:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6h SN				SN
6	PARAL 100mg + SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SF 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 8/6 H				Rodona
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				20:00
16	AMTRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
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. SUPRINO, EDTE, BLEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1928/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E
08H	130x80	86	20	20/30	+	+
12H	120x80	73	18	36/50	+	+
13H	130x86	96	18	36/60	+	+
24H	120x80	79	18		+	+

Dextro 08:00 = 50mg/dl
 ou reason a glicose
 Dextro 09:00 = 140mg/dl

MS AIT
 Crcon-RR
 [Signature]

329 HC 24 H 1307

Dextro - 08h -> 57 mg/dl -> paciente recusa glicose, vai fazer alimentação, sem alteração

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RJR

NOME: YARA DE CARVALHO DOS SANTOS HD 325 ALÉRGICO? _____
 DATA: 04/03/15 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 325

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES
<p>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</p> <p>CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>CATETER PERIFÉRICO: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL: <u>456</u> DATA: <u>04/03</u></p> <p>SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____</p> <p>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>DESENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____</p> <p>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES</p> <p>1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- EMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()</p> <p>CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEMI-CONSCIENTE () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO</p> <p>PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA</p> <p>ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRFURAS () DISTENDIDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA</p> <p>OBS: _____</p>	<p>LESÕES</p> <p><i>(Handwritten notes and signatures)</i></p>	

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO</p> <p>EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO</p> <p>DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p> <p>FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO</p> <p>MÚRMULOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____</p> <p>RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILIS</p> <p>CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> HIDRÁTICA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA</p> <p>() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA</p> <p>APARELHO CARDIOVASCULAR</p> <p>RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()</p> <p>PERFUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FULGORANTE</p> <p>PULSO: () NORMAL/CARDEIO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE</p> <p>LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____</p> <p>APARELHO GASTROINTESTINAL</p> <p>APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO</p> <p>ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () INTERMEDIÁRIO () DEFICIENTE () GRAVE</p> <p>ABDOMEN: () MOLE () TENSÃO () DUREZA () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>HEPÁTICO: () NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO () AUSENTE</p> <p>ESPLÊNICO: () NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO () AUSENTE</p> <p>INTESTINO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>RETO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>ANUS: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>PRÓCTO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>RETO CARDO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>PRÓCTO CARDO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>RETO CARDO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p> <p>PRÓCTO CARDO: () NORMAL () DISTENDIDO () TENSÃO () SAUVO () VIBR. SALPÉTRIL</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO DE INEFCIAZ</p> <p><input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p><input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE</p> <p><input type="checkbox"/> MEDO</p> <p><input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>DESDESEJADA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p><input type="checkbox"/> DESOASTRUCÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p><input type="checkbox"/> FADIGA</p> <p><input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEDAS</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO</p> <p><input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA</p> <p><input type="checkbox"/> DIARREIA</p> <p><input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO</p> <p><input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> DOR</p> <p><input type="checkbox"/> HIPOTERMIA</p> <p><input type="checkbox"/> HIPERTERMIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p><input type="checkbox"/> PRURITO DO SOMO PREJUDICADO</p> <p><input type="checkbox"/> INGESTÃO PREJUDICADA</p> <p><input type="checkbox"/> COMFORTO PREJUDICADO</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO DE INEFCIAZ</p>	<p>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p><input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H</p> <p><input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> MANTER CABEÇA ELEVADA _____</p> <p><input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS TDT _____</p> <p><input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA CAUSAS ALGICAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRFURIS</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H</p> <p><input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS</p> <p><input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM</p> <p><input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p><input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p><input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: _____</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE COMFORTO</p> <p><input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INÍDI. EVANESCA. A ATIVIDADE FÍSICA.</p> <p><input type="checkbox"/> OUTROS _____</p>

ASSISTENTE EM ENFERMAGEM: _____

COORDENADOR: _____

RESPOSTA: _____

MANHÃ: Paciente acordou, orientado, verbal, eufórico, nomeando corado, hidratado. Sem febre, sem sinais de infecção, nem sinais de desidratação. Sem sinais de desidratação nem sinais de desidratação. Funções fisiológicas mantidas.

Elza Maciel
 Enfermeira
 COREN/RN 20850

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: / HORA: :

MANHÃ: Paciente acordou, orientado, verbal, eufórico, nomeando corado, hidratado. Sem febre, sem sinais de infecção, nem sinais de desidratação. Sem sinais de desidratação nem sinais de desidratação. Funções fisiológicas mantidas.

Márcia
 Enfermeira
 COREN/RN 27805

TARDE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA: / HORA: :

NOITE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 07/05 HORA: 20:00

NOITE: Paciente no leito, com postura de membros, de membros, com sinais de desidratação, sinais de desidratação, sinais de desidratação.

Suzanna R. Silva
 Enfermeira
 COREN/RN 366.852-15/04

NOITE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA: 07/05 HORA: 20:00

NOITE: Paciente no leito, com postura de membros, de membros, com sinais de desidratação, sinais de desidratação, sinais de desidratação.

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				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14 - 22-20
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 DIARIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				16 - 24-20
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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

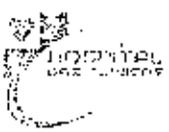
Dr. Eder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1872/RR

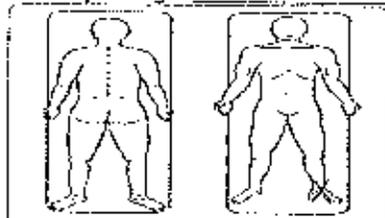
SINAIS VITAIS	PA	PC	Q	Temp	
6 H	119x75	66	89	36°C	
12 H	13x80	77	89	36.3°C	+
18 H	140x90	70	89	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Handwritten signature

Dextro = 25.3mg/dl
DXT = 0.83 mg/dl

17% Dextro 253 mg/dl corrigido / 4 ml d.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: José 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"/> 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"/> 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 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: _____		
Tera 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: Em caso de + de 24hs	06/03/19				
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 CovidTec. Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Madureira dos Santos HD _____
 DATA: 05/03/19 SEXO: M (F) IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____	
CATERER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL: <u>vas G</u> DATA: <u>04/03</u>	
SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____	

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO LOCAL: _____ DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO QUAL? _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADE 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: torço 116 GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: REAGENTE () NÃO REAGENTE ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUÍDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM NÃO

FREQUÊNCIA: SUPLENICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () USUPEUICO
 MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/IMMOCSIAS
 CLOROTADA () LIMDA () DESIDRATADA CLORADA () HIPERCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

RUÍDO PERIFÉRICO: RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: NORMAL () TAQUICARDÍCO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: radial FREQUÊNCIA: 73 bpm

APARELHO GASTROINTESTINAL
 APTITUDE: NORMAL () PRECÁRIA () ANULADA
 ESTADO NUTRICIONAL: () SATISFATORIO () INSUFICIENTE () DEFICIENTE

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
 () DESCOSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUEDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOSTIMULADA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INESTABILIDADE
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () FADIGA DO CUIDADOR
 () DEFICIT DO CUIDADOR
 () CUIDADOR SEM SUPOORTE
 () DEFICIT DO CUIDADOR

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 / 6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CASCERA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS 1/20
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () TENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPTAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ A
 () REALIZAR DEIXO _____ / _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTERFERÊNCIA DA VIDA SOCIAL
 () OUTROS: _____

MANHÃ: _____
ASS. E CARIÓBIO - ENFERMEIRO:
DATA: _____ HORA: _____

MANHÃ: _____
ASS. E CARIÓBIO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA: _____ HORA: _____

Realizado a administração de vacina anti-hepatite B em paciente do setor de internação. Observar a evolução da doença.

TARDE: _____
ASS. E CARIÓBIO - ENFERMEIRO:
DATA: 05/03/05 HORA: 18:00

TARDE: _____
ASS. E CARIÓBIO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA: _____ HORA: 18:00

Paciente em leito 1075, apresenta quebra de febre, com temperatura axilar de 37,5°C, sem sinais de desidratação. Realizado a administração de vacina anti-hepatite B em paciente do setor de internação. Observar a evolução da doença.

Paciente em leito 1075, apresenta febre de 38,3°C, com sinais de desidratação. Realizado a administração de vacina anti-hepatite B em paciente do setor de internação. Observar a evolução da doença.

NOITE: _____
ASS. E CARIÓBIO - ENFERMEIRO:
DATA: _____ HORA: _____

NOITE: _____
ASS. E CARIÓBIO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA: _____ HORA: _____

Realizado SIV + medicações CPM + troca de AULP + DXT. Seguir com cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIÓBIO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓBIO - TÉCNICO ENFERMAGEM



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

HC

ok 329.

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRAQUA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	TIAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	07/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM I, TIAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CLIFEPIME 1G EV 8/8H				22/06
4	MILATIL 20MG EV 12/12H				INSULINA REG
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	PARAL 100mg + SF 0.9% EV OU OL CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	FLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CIBEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JLUJUM				06
9	SIMILICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodrig
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	DLX 1RO 8/8HS				16/08
14	AMITRIPTILINA 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 E OU GLICOSE > 70 DE AME, GLICOSE > 60% 40 UI EV + AVISAR PLANTONISTIA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. SINAIS FISIOLÓGICOS PRESERVADOS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARRÉIA. SUPNEICO, LOIL, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E
8 H	131x93	74	36.3°C	+	lauda
12 H	131x90	80	36.6	++	pruálio
16 H	130x90	88	36.6	++	lauda
24 H	142x88	71	36.3°C	++	lauda

Dr. Edson dos Santos
Médico Ortopedista
Hospital de Especialidades
Cidade de Boa Vista

16.45 B2L TNAO 187 mg/dl

18.15 B2L Destro - 196 mg/dl

Prof. Dr. Edson dos Santos
R. José de Sousa, 10
Cidade de Boa Vista
Cidade de Boa Vista

SE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Tobias Roberto dos Santos ID: _____
 DATA: 06/04/19 SEXO: M (M) F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 225 *ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE LESÕES

CONTROLE DE CATETRES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL: _____	DATA: _____
CATERER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL: _____	DATA: _____
SONDA VESICAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____	DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	DATA: _____	DATA: _____	
SONDA NASOENTRAL SIM () NÃO ()	DATA: _____	DATA: _____	
DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL? _____	DATA: _____	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- EDEMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 DÍCERA 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 BUCCAL: FAVORÁVEL () RAZONÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SINÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: NAUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () 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: () PULSIVO () APATÍMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE

ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUÍM () PREJUDICADO

EMAL: () AUSENTE () PRESENTES AROMA: () HEDÔNICO () DISTENSO () TERÇO () AGUDO () VIBRANTE

HEPATÓMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTES

SPLENOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTES

DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTES

HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTES

APARELHO GENITURINÁRIO/REPRODUTIVO

TESTÍCULOS: () AUSENTE () PRESENTES

PROSTATA: () AUSENTE () PRESENTES

UTERINO: () AUSENTE () PRESENTES

OVÁRIOS: () AUSENTE () PRESENTES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSSEA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 h

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 12 h

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EVOLUÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUAGEM

() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ h

() REALIZAR DEXTO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 12 h

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLEIRNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS: _____

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() REGULAÇÃO PREJUDICADA

() COMORTO PREJUDICADO

() DEBILIDADE PREJUDICADA

() OUTROS: _____

Elaine M. Enfermeira COREN/RR

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA: 06/04/2014 HORA: 14h

Realizado banho, higiene oral, higiene bucal, curativo em ferida, administração de medicamentos, realização de curativos em feridas, realização de curativos em feridas, realização de curativos em feridas.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
CORENVI 36355

TARDE:

DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA: 06/04/2014 HORA: :

Realizado banho + medicação, curativos em feridas, realização de curativos em feridas, realização de curativos em feridas.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
CORENVI 36355

TARDE:

DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA: 06/04/2014 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Realizado banho, higiene oral, higiene bucal, curativo em ferida, administração de medicamentos, realização de curativos em feridas, realização de curativos em feridas, realização de curativos em feridas.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
CORENVI 36355

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

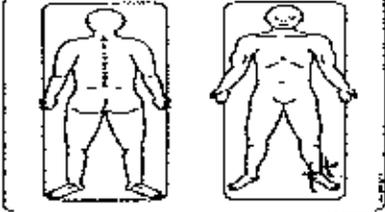
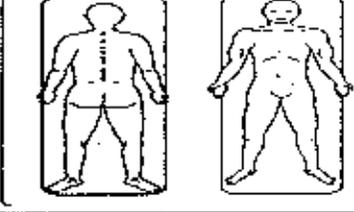
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: José Teodoro dos Santos

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: _____	<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 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 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 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 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	<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 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	<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 _____	<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: _____	<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: _____	<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	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs	08/02/2015 COBEN 01-329-125 João da Silva		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

(1): 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.

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				SAB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				Montar 12/06
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				SN
15	DEXTRO 6/6HS				12/06/19
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, TOSSO OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

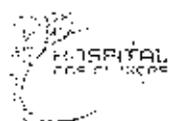
12	217 mg/dl	02 US
18	342 mg/dl	
24		
06		

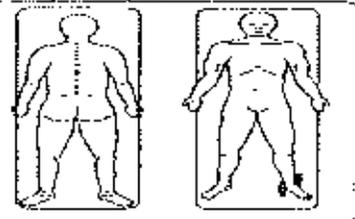
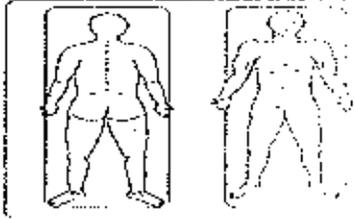
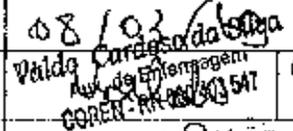
08/08/19	82 mg/dl				
SINAIS VITAIS					
6 H	130/90	73	36.1	+	-
12 H	120/80	87	36.8C	+	6
18 H	130/90	72	36.6C	+	0
24 H	140/70	68	36.5C		

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Pedro Henrique
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1085

02/06/19 206 mg/dl - Alexandre Rodrigues

	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 Todoro			
DATA: 07/03/19 <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 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: Diabete		<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 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"/> 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	
Odeor: <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 (aplicada 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 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs 08/03/2019			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Elza Lima Enfermeira COREN/RR 360930		01-	02-
OBS:		OBS:	

Obs. documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 O paciente com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA 07/03/2023 HORA 10:00

Recebeu a visita da enfermeira celular
 Gulluise e após investigação comunicou
 com a equipe de enfermagem no quarto e
 com a enfermeira de enfermagem da
 família para o dia seguinte.

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA

MANHÃ: DATA 07/03/2023 HORA 08:00

Recebeu a visita da enfermeira celular
 Segue com a enfermeira de enfermagem
 para o quarto.

TARDE: ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM: DATA / HORA

Atendeu a enfermeira para a visita
 com a enfermeira de enfermagem
 para o quarto.

NOITE: ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM: DATA 07/03/2023 HORA 20:00

Paciente no leito após acompanhamento
 com a enfermeira de enfermagem e
 com a enfermeira de enfermagem
 para o quarto. Recebeu a visita
 da enfermeira de enfermagem
 para o quarto.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sandra Tadeo de Azevedo RG: 102119 SEXO: () M () F IDADE: 32 PESO: 50 KG. LEITO: 329 H9

DATA: 09/07/19 * ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>CONTROLE DE CATERETES E SONDAS</p> <p>CATER ET CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>CATER ET PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>DRENOS: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES</p> <p>1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO</p> <p>ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()</p> <p>CABEÇA: RISCO DE CONSCIÊNCIA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO</p> <p>PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA</p> <p>ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>VIAS AERIAS SUPERIORES: () DESVIADAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SÁDIAVEL () PRECÁRIA</p> <p>082:</p> <p>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO</p> <p>EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO</p> <p>DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO</p> <p>FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO</p> <p>MÚRMURIS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSIS: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO</p> <p>RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTES () RONCOS () SIBILOS () SIBILOS</p> <p>CIRCULAÇÃO/ COR DA PEE/ MUCOSAS:</p> <p>() HIBRATADA () ÚMIDA () DESTRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () CÍANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA</p> <p>ABRIGADO/ CABELO/ VASCULARES</p> <p>RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()</p> <p>PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA</p> <p>PULSO PERIFÉRICO: () FRACO () ABORTIVO () ARRITMICO () FILIFORME</p> <p>PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () SINCRÔNICO () AUSENTE</p> <p>LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____</p> <p>APARELHO GÁSTRICO/ ESTÔMAGO</p> <p>APETITE: () NORMAL () DEPRIMIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BASTANTE () DEFICIENTE () INSUFICIENTE</p> <p>ABDOMEN: () MOLE () DUREZA ABDOMINAL: () FLACIDO () TÊNUE () RÍGIDO () VENTRIFORME</p>	<p>LESÕES</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>() RISCO DE INJEÇÃO</p> <p>() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ</p> <p>() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTANEA</p> <p>() TROCA GASOSA PREJUDICADA</p> <p>() ANSIEDADE</p> <p>() MEDO</p> <p>() ENFRENTAMENTO INEFICAZ</p> <p>() RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>DESEQUILIBRADA</p> <p>() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p>() DESIDRATAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p>() FADIGA</p> <p>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>() RISCO PARA QUEDAS</p> <p>() RISCO PARA LESÃO</p> <p>() AUTOSTIMA PERTURBADA</p> <p>() DIARREIA</p> <p>() CONSTIPAÇÃO</p> <p>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p>() DEFICIT DO CUIDADO</p> <p>() COMUNICAÇÃO VERBAL</p> <p>PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA INÍCIO ASPIRAÇÃO</p> <p>() DOR</p> <p>() HIPOTERMIA</p> <p>() HIPERTERMIA</p> <p>() INSEGURANÇA EM SE PREJUDICADA</p> <p>() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>() PREOCUPAÇÃO</p> <p>() PREOCUPAÇÃO</p>	<p>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>() MANTER VIAS AERIAS PÉRVIAS</p> <p>() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H</p> <p>() MANTER MONITORIZAÇÃO</p> <p>() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____</p> <p>() ASPIRAR VAS /TOST</p> <p>() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA</p> <p>() ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS</p> <p>() ATENÇÃO PARA INJURIAS E VÔMITOS</p> <p>() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA</p> <p>() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS</p> <p>() REALIZAR CONTROLE RITMICO 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 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>() ENCAMINHAR AO BARRIO DE ASPERSÃO</p> <p>() ORIENTAR AUTOCUIDADO</p> <p>() REALIZAR BANHO NO LETO</p> <p>() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H</p> <p>() REALIZAR CUIDADO DIÁRIO</p> <p>() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____</p> <p>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</p> <p>() OBSERVAR SINAIS DE VITÓRIA</p> <p>() REALIZAR CUIDADO</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	28/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SAU
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SAU
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SAU
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SAU
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				SAU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SAU
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SAU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SAU
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SAU
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SAU
14	CURATIVO DIARIO				SAU
15	DEXTRO 6/6HS				SAU
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SAU
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				

torado leito.
38 36,2 42
20

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

SINAIS VITAIS	P.A	F.C	ER	TAX	O	E	DT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	
12 H	110x80	73	19	36,2	+	+	170mmHg
18 H	130x100	69	38	36,2	+	+	
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1015 / RJE 404

[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>paciente atual. Quebe o umbigo sem quebras e dores, não apresenta vômitos ou febre. Sem intercorrências, oito dias antes fúncos por vômitos. nome: ^{Enfermeiro} ^{DATA} ^{HORA} ^{ASS. E CARIMBO} ^{ENFERMEIRO}</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente em repouso em leito e febre não apresenta realizado os IV e medicações de acordo com prescrição. ^{Enfermeiro} ^{DATA} ^{HORA} ^{ASS. E CARIMBO} ^{ENFERMEIRO}</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:</p>
<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>14:30 Realizado a Exame A.V.P com a 22 18h Paciente fora de leito.</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- TEC 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- TEC ENFERMAGEM:</p>	<p>Realizado exame Vital particular de exame sem alterações no momento.</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:</p>

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

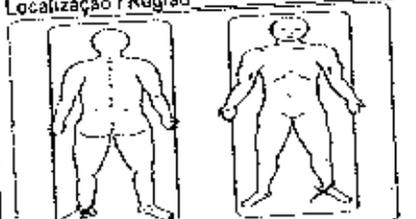
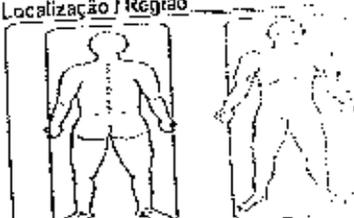
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Tiago dos Santos

<p>Localização / Região</p> 	<p>Localização / Região</p> 
<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	<p>DATA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II</p>
<p>Patologia</p> <p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" 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</p> <p><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>Aparência do Leito:</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com ostéio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>	<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com ostéio</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>
<p>Quantidade de Exsudato</p> <p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input checked="" 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 de exsudato:</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo</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>Odor</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Limpeza da pele Perioriférica:</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p>	<p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>
<p>Solução para limpeza</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 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 (se não couber na lesão)</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"/> 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>Modo 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>Carimbo e ass. Prof. em Enfermagem</p> <p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</p> <p><i>Elizângela Lima</i> Enfermeira COREN/RJ 356839</p>	<p>OBS:</p>

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Em pacientes com 62 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

309



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	DILTA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CCEPIME 1G EV 8/8H FIXO				SN
4	FILATIL 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 SF 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 + CCGG 0/8 H				Rolima
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg				SN
12	CURATIVO DIARIO				
13	GLX TRO 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				

Tuneamento
24/06/19
200
200

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACETANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. PULSADO, LOTE, BCG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Pedro Di Gubertini
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 4551 RQE: 604

SINAIS VITAIS	PA	FC	ER	TAX	D	E	DXT	MÉDICO RESIDENTE: LM
6 H	130x70	75	38	36°C	+	-	MI	ORTOPEDIA E
12 H	140x90	85	38	36°C	+	-	140g/dl	TRAUMATOLOGIA.
18 H	150x90	80	37	36°C	+	-	192 mg/dl	
24 H	140x90	74	37	36°C	+	-	166 mg/dl	<i>Parcial</i>

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MAYARA
DATA: 27/07/2018
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Realizada avaliação física e orientada a seguir a paciente a tomar a medicação com frequência. Não há sinais de desidratação. Paciente bem humorada. Sem alterações. Avaliação com a família. Paciente satisfeita com o atendimento.
CORRIGIR E ASSINAR

TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MAYARA
DATA: 27/07/2018
ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Realizado Sinais vitais e medicação. Paciente bem humorada. Sem alterações. Avaliação com a família. Paciente satisfeita com o atendimento.

TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Realizado Sinais vitais e medicação. Paciente bem humorada. Sem alterações. Avaliação com a família. Paciente satisfeita com o atendimento.

NOITE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

28h00 PM. Paciente bem humorada. Sem alterações. Avaliação com a família. Paciente satisfeita com o atendimento.

NOITE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: DOAS Anderson dos Santos HD _____

DATA: 28/02/15 SEXO: M (M) F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 329 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS SIM NÃO LOCAL _____ DATA _____

CATETER CENTRAL SIM NÃO LOCAL _____ DATA _____

CATETER PERIFÉRICO SIM NÃO LOCAL _____ DATA: 27/02

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- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- SOROMA 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

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PÉLVICAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () RAZONÁVEL () PRECÁRIA

DBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

LESÕES

() 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

() DESDOBRUÇO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

DIAGNÓSTICO

() RISCO PARA BOMBO ASPIRAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉLVICAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECERA ELEVADA _____

() ASPIRAR VAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGÍCIAS

() ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉLVICOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() OBSERVAR E COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACTIVAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUNIA A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR CENITRO _____ HORAS

() ORIENTAR AUTOCUIDADOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H

() REALIZAR CURETIVA DE ANO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR ESPALMULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ALIMENTAÇÃO

Assinado em _____
Assinado em _____



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: <u>28.02.13</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 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"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Doc:	<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 type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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	<u>Andréa Gomes Gonzaga</u> Enf. Enfermagem		
arquivo e ass. Téc. em Enfermagem	01- _____ 02- _____	01- _____ 02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Eliana Lima</u> Enfermeira COREN/RR 366839		
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				SUA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				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	SSW + CCGG 6/6 H				NN.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				NN.
14	CURATIVO DIARIO				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				

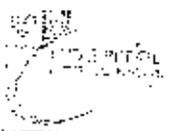
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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 CIRURGICA

Dr. Elger Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

SINAIS VITAIS	P	SC	T	R	O	E
6 H	115x70	76	36.3°	36	+	
12 H	120x50	80	36.3°	20	+	+
18 H	160x100	87	36.8°	20	+	+
24 H	140x90	71	36.5°	1+		

Dr. Eliane Costa da Silva
Téc. Enfermagem
CO-203 - RR CRM 15177

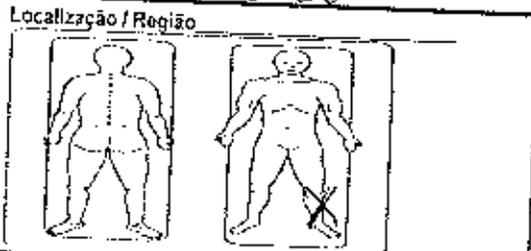


Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 324

Nome: **João Leoberto dos Santos**

DATA: **02/03/19**
 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 escorço
 Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato:
 seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato:
 Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

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: **Óleo de jojobá**

Hora do curativo:
 Manhã **10:27** Tarde

Data da Próxima troca:
02/03/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
01- **Blowce**
Carimbo: 0294796-19
Rita de Lima
Enfermeira
COMISSÃO DE CURATIVO

02- _____

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 Escara

Quantidade de Exsudato:
 seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato:
 Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

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

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
01- _____
02- _____

03- _____

04- _____

05- _____

06- _____

07- _____

08- _____

09- _____

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- _____

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cirurgia, Substâncias Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Vitoriano Neto Santos

DATA: 03/02/15 SEXO: M () F IDADE: 39 ANOS PESO: 70 KG LEITO: 395 HD: 395

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM (x) NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL-SIM () NÃO (x)		DATA:	DATA:
SONDA NASOGASTRICA-SIM (x) NÃO ()		DATA:	DATA:

[Handwritten signature]

LESIONES

SONDA NASOBENTRAL: SIM () NÃO (x) LOCAL: NAZAL DATA: 03/02/15
 DREXOS? SIM () NÃO (x) QUAL? NAZAL DATA: 03/02/15
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1-FERIMENTOS 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA -6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (x) LOCAL: NAZAL GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PEÇOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE ()
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NO NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NO NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: NO PÉRVIAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SÓCÍVEL () PRECÁRIA

OBES: NO
 TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMETRICO () ASSIMETRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM NO NÃO
 FREQUÊNCIA: NO EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚRMURIS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: NO AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
NO HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () COMADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JAERCOCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NO NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO PERIFÉRICA: NO NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: NO FREQUÊNCIA: NO
 APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NO NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BASTANTE () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () PASADO () VMS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES: NO REGULAR () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MELINA

APARELHO URINÁRIO/REPRODUTIVO
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE () NO CONSCIENTE ()
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NO NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NO NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: NO PÉRVIAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SÓCÍVEL () PRECÁRIA

OBES: NO
 TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMETRICO () ASSIMETRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM NO NÃO
 FREQUÊNCIA: NO EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚRMURIS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: NO AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
NO HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () COMADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JAERCOCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NO NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO PERIFÉRICA: NO NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: NO FREQUÊNCIA: NO
 APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: NO NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BASTANTE () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () PASADO () VMS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES: NO REGULAR () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MELINA

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
- () OSESOSTRUCÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPACÃO
- () RISCO PARA CONSTIPACÃO
- () DIFICULT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL
- () PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SENDO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO -PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÓBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 H
- () MANTER MONITORAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TQT
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SANGRIA
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEIUMA A PARTIR DAS: 1 H
- () REALIZAR DEXTRÓ 1 HORAS
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 H
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS:

MANHÃ: _____ DATA: _____ HORA: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: _____ DATA: _____ HORA: _____

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Realizada a admissão em unidade de observação. Examinado em ambiente hospitalar. Condição clínica satisfatória. Sem alterações significativas. Sem intercorrências. Observando bom nível de atenção. Realizada a avaliação física. Sem alterações.

Ass. e Carimbo: Enfermeiro: _____

Realizada a avaliação física. Sem alterações. Observando bom nível de atenção. Realizada a avaliação física. Sem alterações.

Ass. e Carimbo: Técnico em Enfermagem: _____

TARDE: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

TARDE: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Realizada a avaliação física. Sem alterações. Observando bom nível de atenção. Realizada a avaliação física. Sem alterações.

Ass. e Carimbo: Técnico em Enfermagem: _____

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

Ass. e Carimbo: Técnico em Enfermagem:

Ass. e Carimbo: Técnico em Enfermagem:

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 - 23-06	
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				06	
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 DIARIO				M	
15	DEXTRO 8/8HS				16 - 24-06	
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:

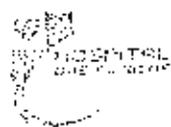
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19226/RR

SINAIS VITAIS	Pa	Pc	Q	Temp	
6 H	119x75	60	19	36°C	14-23-06
12 H	13x80	77	19	36.3°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Destro = 253 mg/dl
DXT = 083 mg/dl

Mts. Destro 253 mg/dl corrigido 44 us R.

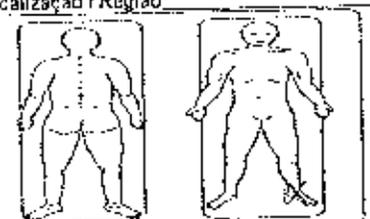
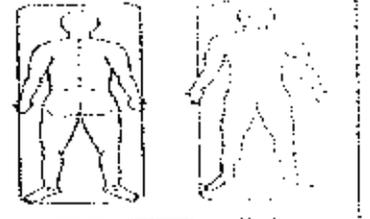


Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

Protocolo nº 1 Versão:06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 329

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Nome: Joséa Teodoro dos Santos

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 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
Tamanho da Ferida: 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, moderado <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, 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"/> 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 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"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dor: <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"/> Pálido <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"/> 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 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"/> 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: Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:45</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. fco. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Favato</u> 02-	01- 02-	01- 02-
ODS:		ODS:	

OBS: instrumento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Substâncias Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

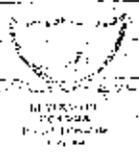
TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO DATA: 05/03/00 HORA: 16:00
 PAR: ent no Lote 1076, supressão de
laço de aço, desmontado com auxílio
de molinetas, com amarração oclusiva em
mt e, tubos de aço, olvido para duto,
aplicadas as seguintes alças, de
material plástico, com o auxílio de
uma ferramenta de madeira
com finalidade de limpeza
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

MARCA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DATA: 1 MÊS: 1 ANO: 2000 HORA: 16:00
 TARDE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DATA: 1 MÊS: 1 ANO: 2000 HORA: 16:00
paciente com queixa de dor
comprimento equivalente 100%
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOITE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO DATA: 1 MÊS: 1 ANO: 2000 HORA: 16:00
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DATA: 03 MÊS: 1 ANO: 2000 HORA: 16:00
Realizado SSN e medicação
C.P.M. e troca de A.V.L.P. e D.T.I. Segue
com cuidados de enfermagem
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ok 339.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIU		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM I IAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CETOPROFENO 100MG EV 8/8H				18h 22:06
4	IBUPROFENO 200MG EV 12/12H				SUSPENSÃO
5	DIPYRIDA 200MG EV 6/6H SN				SN
6	PARALUMINOL 100mg (50 0.9% EV OU 50 0.9% VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	FLASID 10 mg EV 8/8h (SN)				SN
8	OMEFRAZOL 40MG VO PELA BANHA LM JEJUM				06
9	SILICONE GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (SN)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rodina
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIARIO				
13	DEXTRO 8/8HS				16h 24 08
14	AMITRIPTILINA 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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

RECOMENDAÇÃO MÉDICA:

USAR DIETA SEM SÓDIO E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
CUIDADOS HIGIÊNICOS PRESERVADOS. NENHUMA QUEIXA ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA, LINFÁTICO, LOQUE, BFG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E
08h	131x93	74	36.3°C	+	+
12h	131x70	80	36.6	+	+
15h	130x80	88	36.6	+	+
18h	130x80	73	36.3°C	+	+

Handwritten notes: "Handwritten", "pulsação", "Handwritten", "Handwritten".

Handwritten signature and stamp: "Coordenador de Enfermagem", "Hospital de Referência de Roraima", "Coordenador de Enfermagem", "Coordenador de Enfermagem".

Handwritten: "Glicose 120 mg/dl", "Glicose 187 mg/dl".

Handwritten: "Glicose 196 mg/dl".

Stamp: "Hospital de Referência de Roraima", "Coordenador de Enfermagem", "Coordenador de Enfermagem".



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: José Teodoro dos Santos

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 type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" 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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sanguinolento	
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 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 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 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: _____	
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-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solitions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAB-SIS PARA UTILIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS INC

NOME: Carla de Cássia dos Santos ID: 300302 HD: _____

DATA: 06/08/19 SEXO: M (M) / F IDADE: _____ PESO: _____ KG, LENTO: 228 * ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
CATETER PERIFÉRICO: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____		() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>bu bh</u>	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____	() TOCA GROSSA PREJUDICADA	() TROCA GROSSA PREJUDICADA	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____	() ANSIEDADE	() MEDO	() ASPIRAR VAS /TOT _____
DRENOS: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____ DATA: _____	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III	DESEQUILIBRADA	() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
CABECA, PESCOÇO, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() MODULIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MODULIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO	() RISCO PARA Quedas	() RISCO PARA Quedas	() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS () OSTRUÍDAS	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
HIGIENE BUCAI: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA	() DÉFICIT DO AUTO-CUIDADO	() DÉFICIT DO AUTO-CUIDADO	() VERIFICAR DISTRENSÃO ABDOMINAL
Obs: _____	() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	() RISCO PARA Quedas	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR DEXTRO / _____ HORAS
DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPESSÃO
FREQUÊNCIA: () SUPLENICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	() ORIENTAR AUTO-CUIDADO
MÚRMUROS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTE	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LENTO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS	() DÉFICIT DO AUTO-CUIDADO	() DÉFICIT DO AUTO-CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO / _____ H
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:	() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES ENI: _____
() CLAMÓTICA () ACANÓTICA () MACROANGÁTICA	() RISCO PARA Quedas	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
APARELHO CARDIOVASCULAR	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR F.O. ESÂNCIA A
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() CUIDOS
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA	() RISCO PARA Quedas	() RISCO PARA Quedas	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
LOCAL DO PULSO: _____	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
APARELHO GASTROINTESTINAL	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
RHMAL: () AUSENTES () PRESENTE	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
ESPIRITUS: () AUSENTES () PRESENTE	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
HEPATOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTE	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
ESPLINOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTE	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
APARELHO GENITAL MASCULINO:	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
TESTÍCULOS: () AUSENTES () PRESENTE	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
ESPERMA: () AUSENTE () PRESENTE	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
APARELHO GENITAL FEMININO:	() DIARRÉIA	() DIARRÉIA	
VAGINA: () AUSENTE () PRESENTE	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	
UTERO: () AUSENTE () PRESENTE	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	

Exec. de Enferm. COREN/PR

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DATA: 06/04/1994 HORA: 15h

Realizado banho, higiene bucal, EMMUS
 e todo o cuidado necessário com a higiene
 pessoal. O paciente tem auto cuidado
 em relação a sua saúde.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 Erika de Almeida
 Enfermeira
 COREVIM 2560

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA: 07/04/1994 HORA: 15h

Realizado Sinais + medicações
 e insumos.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 A. de Almeida
 Técnico em Enfermagem
 COREVIM 2560

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: 07/04/1994 HORA: 15h ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Realizado Sinais + medicações e insumos.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 A. de Almeida
 Técnico em Enfermagem
 COREVIM 2560

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	309	DATA	7/20/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VLNOSO PERIFÉRICO				SV
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				monta
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				12/06
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				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	OMEPIAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 h				Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 6/6HS				18/06/19
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				18/06/19
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 260-280: 2UI; 281-300: 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 OBTENDO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEM. 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°C	+	6
18 H	130/90	72	36.6°C	+	8
24 H	140/70	68	36.5°C		

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Dr. Priscila ...
CRM-ROR 11111

glicose: 216 mg/dl - Roraima



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sofia Issa Doro dos Santos

DATA: 07/04/13 SEXO: M () F () IDADE: _____

PESO: _____ KG. LEITO: 393

HD: _____

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	LESIONES
CATERE CENTRAL				
CATERE PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)				

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? _____ DATA: _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ADERÇÃO 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 PESCOLO/ 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) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () SAZONÁVEL (X) SAZONÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SINGÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOB INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: (X) NORMAL () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISFÊNICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
 (X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 KITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERICÁRDICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 MÚLTIPLAS PERICÁRDICAS: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () HI-FORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () LACUNAR

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL

APARELHO GASTROINTESTINAL
 () REGULAR () IRREGULAR ()
 () NORMAL () DIMINUIDA
 () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

APARELHO GASTROINTESTINAL
 () REGULAR () IRREGULAR ()
 () NORMAL () DIMINUIDA
 () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

APARELHO GASTROINTESTINAL
 () REGULAR () IRREGULAR ()
 () NORMAL () DIMINUIDA
 () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- (X) ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- (X) IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- (X) RISCO PARA QUEBAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOMATISMOS PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA SÍNDROME ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () RISCO DE QUESO NA PELE PREJUDICADA
- () RISCO DE QUESO NA CIRCUNDAÇÃO
- () RISCO DE QUESO NA CIRCUNDAÇÃO
- () RISCO DE QUESO NA CIRCUNDAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPRAR VIAS (TODAS)
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- (X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- (X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- (X) OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR SINAIS VITAIS
- (X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEVAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEIXAR _____ HORAS
- (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMULÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

MANHÃ: _____ DATA: 14/07/2019 HORA: _____

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: _____ DATA: 14/07/2019 HORA: 08:00

Relatório a ser encaminhado para o chefe de enfermagem e para o enfermeiro chefe de enfermagem. Sem queixas de dor, náusea, vômito e febre. Reforçar a hidratação e a ingestão de líquidos. Sem alterações de estado geral.

Relatório a ser encaminhado para o chefe de enfermagem e para o enfermeiro chefe de enfermagem. Sem queixas de dor, náusea, vômito e febre. Reforçar a hidratação e a ingestão de líquidos. Sem alterações de estado geral.

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: _____

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: _____

Relatório a ser encaminhado para o chefe de enfermagem e para o enfermeiro chefe de enfermagem. Sem queixas de dor, náusea, vômito e febre. Reforçar a hidratação e a ingestão de líquidos. Sem alterações de estado geral.

NOITE: _____ DATA: _____ ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: _____

NOITE: _____ DATA: 15/07/2019 HORA: 08:00 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: _____

Relatório a ser encaminhado para o chefe de enfermagem e para o enfermeiro chefe de enfermagem. Sem queixas de dor, náusea, vômito e febre. Reforçar a hidratação e a ingestão de líquidos. Sem alterações de estado geral.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: _____

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: _____

OK

329



SECRETARIA DE SAUDE 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 43 dias				
ALERGIAS	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	229	DATA	8
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM E IAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5/8h
3	CELEBREX 100 MG EV 8/8h				5/8h
4	TILATI 20MG EV 12/12h				5/8h
5	DIPRONA 1G EV 6/6h SN				SN
6	FENAL 100MG + SF 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				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				06h
10	SSVV + CCGC 5/8h				Rolma
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				SN
13	DEXTRO 6/6h				43 dias
14	KATRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
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; 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 ÁGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARREIA, FUPNEICO, LOTE, BIC. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

HORA	DXT	CORREÇÃO
12	74 mg/dl	0
18	140	-
24	80 mg/dl	-
06	74 mg/dl	

SINAIS VITAIS			D	E	
08h	115/70	72	+	+	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12h	140x90	72	+	+	
18h	140x90	80	+	-	
02h	115x70	71	+	+	R 20

Dr. João Teodoro dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
R. 20

Dr. João Teodoro dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
R. 20

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Ygor Frederico

HD

DATA: 31/03/19 SEXO: () M () F INAD: _____

PESO: _____ KG

LEITO: 3209

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 () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 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 () ALÉRGICO () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () AMISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 COR INSPIRATORIAL: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRONCOPNEÚICO () DIFÍCIL
 MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍPICOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS
 () HIBRIDADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIFOCORADA () PÁLIDA () ROSOLIZADA () ICTERICIA
 () CAVÍTICA () ACANOTICA () JACODGALÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMATICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 FREQUÊNCIA PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

MUÇO PEARLÍNEO: () ÚMIDO () PARIETADO () ESCURO
 MUCOSAS: () NORMAIS () TAQUICARDÍAS () BRONCOPNEÚICAS () SECAS
 LOCAL DO PASSO: _____

DIAGNÓSTICO: _____
 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: _____
 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				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	9/3/2019
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/OU PAD > 110 MMHG				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 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

18/24 06/12 20h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGÍCAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	Ausente do leito			
18 H	Box 80	70	36.7c	117mg/dl
24 H	Box 83	76	36.4c	

14: h - soro 117 mg/dl
18: h - soro 151 mg/dl
06 h - soro 77 mg/dl - Tecmalia

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Geronzi
CRM-RR 1615

Paraná de Almeida Sara Lima
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 297.922 TE

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM IMENIVAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: DOLORES BRUNO DOS SANTOS SEXO: M IDADE: 39 PESO: 39,5 KG LETRO: 39,5 HD: 39,5 • ALÉRGICO?

DATA: 01/04/19 EXAME FÍSICO DO PACIENTE: LESÕES DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: () MANTER VIAS ALTERNAS PERVIAS

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS: LESÕES () RISCO DE INFECÇÃO () REALIZAR CU. EVAS COM VAS
() MANUTER VIAS ALTERNAS PERVIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 39,5
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CASCATEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS TOT
() VERIFICAR N. VES DE CONSCIÊNCIA
() ENTENATAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSOS PERIFÉRICOS
() MANTER CONTROLE HÍDRICO DE 39,5
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR
ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM.

CATERER CENTRAL: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 CATERER PERIFÉRICO: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 SONDA VESICAL: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 SONDA NASOGÁSTRICA: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 DRENOS: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM LOCAL: LOCAL GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
 CABEÇA PEÇCO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILOS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: LESÕES
 TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO RESPIRATORIO: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () NORMAL () AUMENTADA () BRADICÁRDICA () TAQUICÁRDICA () DISRÍTMICA
 MÚRMURROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERECÓRICO () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORAÇÃO () HIPOCORRADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CÂNONICA () ACANOTICA () MACROCANOTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMATICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () ALTERNANTE () FLUTUANTE
 PULSO CENTRAL: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () ALTERNANTE () FLUTUANTE

ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () EQUILIBRADO
 () ALTO () BAIXO () AGUDO () CRÔNICO

ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () EQUILIBRADO
 () ALTO () BAIXO () AGUDO () CRÔNICO

ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () EQUILIBRADO
 () ALTO () BAIXO () AGUDO () CRÔNICO

ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () EQUILIBRADO
 () ALTO () BAIXO () AGUDO () CRÔNICO

MANHÃ: EVOLUÇÃO DO CARIÓTIPO DATA 01/07/19 HORA 07:04

Recebeu atendimento quanto ao encaminhamento para o exame de cariótipo. Foi realizada a coleta de sangue para análise de cariótipo. O paciente recebeu orientações quanto ao preparo para o exame. Foi realizada a coleta de sangue para análise de cariótipo.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
DATA / / HORA

MANHÃ:

Paciente em leito com SSIVS. Preparação para o exame de cariótipo. Foi realizada a coleta de sangue para análise de cariótipo.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
DATA / / HORA 07:15

Paciente no leito com SSIVS. Preparação para o exame de cariótipo.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
DATA 01/07/19 HORA 08:00

Paciente em leito com SSIVS. Preparação para o exame de cariótipo.



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	9/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensa
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				0/0
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 6/6HS				18:24
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06:12
17					20:12
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 CIRURGICA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	Ausente ao leito			
18 H	130x80	70	36.7°C	117mg/dl
24 H	130x83	76	36.4°C	

14hs - soro 117 mg/dl
18:hs - soro 153 mg/dl
06hs - de novo 77mg/dl. Tec. médica

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Delfino Di Giovanni
CRM-RR 1815

Paraná de São Roraima
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 207.822 TE

EVOLUÇÃO DO CMI (CONTINUAÇÃO) ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: 08h HORA 10h05 HORA

Paciente apresentando quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna e ortopneia. Sinais vitais: FC 110 bpm, PA 130/80 mmHg, RR 20 rpm, SpO2 92% em ar ambiente. Realizada medicação prescrita. Evolução satisfatória.

TARDE: 01/04/19 DATA 15h30 HORA

Paciente no leito com sinais vitais: FC 100 bpm, PA 120/70 mmHg, RR 18 rpm, SpO2 95% em ar ambiente. Realizada medicação prescrita. Evolução satisfatória.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: _____ DATA: _____ HORA: _____

NOITE: _____

Pac. em leito com sinais vitais: FC 90 bpm, PA 110/60 mmHg, RR 16 rpm, SpO2 96% em ar ambiente. Realizada medicação prescrita. Evolução satisfatória.



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		SUO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manutenção
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		Relax
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMH		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		Manutenção
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 CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	PE	TEMP	FR	D	E
6 H	130/80	82	36°C			
12 H	130/90	83	36,5	20	(+)	(+)
18 H	138/86	82	36,2	20	+	opacidades
24 H	136/80	84	36,1°C	17	(+)	(+)

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro ...
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR: 18.151 - RQE: 154

14h + 137 mmHg/dl
22h
06h

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE

NOME: MARCELO RODRIGUES DOS SANTOS ID: 329 HD 329 • ALÉRGICO?

DATA: 02/04/19 SEXO: MASC IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG ALTURA: 1,70 M

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------	--------	-------------	--------------------------

CONTROLE DE CATETÉRES E SONDAS		() RISCO DE INFEÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ___ H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() TROCA GASOSA PRELIMINAR	() MANTER MOVILIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEBRAS ÁSICAS
1-FERILENTU 2-ABRASAÇÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMAÇÕES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO 8-ULCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL GRAU () GRAU II () GRAU III		() Desequilíbrio	() OBSERVAR RESPUSO PERIFÉRICA
CABECA		() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍBRIDO DE ___ H
PÚLPULAS:	() REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MEDIANTE	() TERAPIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
ACUIDADE VISUAL:	() NORMAL () DIMINUIDA	() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES:	() PÉRVIAS () OBTURADAS	() FADIGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
HIGIENE BUICAL:	() FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PEGUANA	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
DAS:		() RISCO PARA QUEBRAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() RISCO PARA LESÃO	() MANTER JEJUNA A PARTIR DAS: ___ H
EXPANSÃO:	() SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	() AUTOTEMPERATURADA	() REALIZAR DEXTRO: ___ HORAS
DOZ INSPIRATORIA:	() SIM () NÃO	() DIARRÉIA	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
FREQUÊNCIA:	() EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO	() CONSTIPAÇÃO	() ORIENTAR ALOCUCADO
MURMÚRIOS VESICULARES:	() AUSENTES () PRESENTES	() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LETO
AUDIOS ADVENTICIOS:	() AUSENTE () RÍPICOS () ESTERTORES () SIBILUS	() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ___ H
CIRCULAÇÃO/COZ DA PELE/MUCOSAS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES EM: ___
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA		() DOR	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
TEMPERATURA DA PELE:	() NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA	() HIPERTENSÃO	() ESTIMULAR DE VIBILAÇÃO
ADAPTIÇÃO CARDIOVASCULAR		() HIPOTENSÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE: SIM () NÃO
RITMO CARDIACO:	() REGULAR () IRRÉGULAR ()	() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OUTRA:
PERFUSSÃO PERIFÉRICA:	() NORMAL () DIMINUIDA	() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
PUNÇÃO VENOSA:	() ARTERIAL () VENOSA () ARTERIAL () VENOSA	() Desconforto emocional	
PULSO:	() ARTERIAL () VENOSO () ARTERIAL () VENOSO	() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE PULSO:		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() Desconforto emocional	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA Quedas	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA LESÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() AUTOTEMPERATURADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DIARRÉIA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() RISCO PARA BOMBOCO ASPIRAÇÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() DOR	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPERTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HIPOTENSÃO	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() HURTORIDADE DA PELE PREJUDICADA	
GRÁFICO DE SINAIS VITAIS:		() PARADO DO SONO PREJUDICADO	</

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MAÑHÃ: DATA / / HORA

10:00 h plantão em BEG. NOTE:
 paciente acordado em a. e. e. e.
 dentes, pulso, pressão, temperatura,
 saturação, glicemia, diurese,
 estado geral satisfatório no ano

[Signature]
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE: DATA / / HORA

MAÑHÃ: DATA / / HORA

Paciente no leito sem alterações
 vitais, sinais vitais, SSVV, segue
 após avaliação da equipe de
 enfermagem

[Signature]
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

TARDE: DATA / / HORA

Paciente segue sem alterações,
 em cuidados de enfermagem

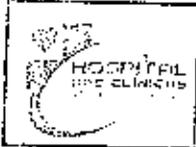
[Signature]

NOITE: DATA / / HORA

NOITE: DATA / / HORA

Parte no leito F-14, realizando
 cuidados de enfermagem e monitorando
 SVP. Segue em cuidados de enfermagem

[Signature]
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IFC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 30/03/18
GRAU - I
 GRAU - II x2

Localização / Região: MLE

DATA:
 GRAU - I
 GRAU - II

Fisiologia

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Dor:

Sim Não

Sim Não

Odor:

evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem 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

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 1%

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 1%

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro:

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro:

Hora do curativo:

Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca;
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

01- *Gláucia da Silva Rocha*
02- *Maria Aparecida V. Santos*
Técnicos em Enfermagem

01-
02-

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Comissão de Soluções Programadas.
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

329

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
	DM2	NEGA
	DATA	11/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SNV
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	SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 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)	SNV
10	SSV + CCGG 6/6 H	Rodina
12	CARTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM	SNV
14	CURATIVO DIÁRIO	SNV
15	DEXTO 8/8HS	19:30 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE	20
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 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	T	F	P	S	C	PXT
6 H	36,5	72	100	100	100	93
12 H	36,5	72	100	100	100	100
18 H	36,5	72	100	100	100	100
24 H	36,5	72	100	100	100	200 mg di. omeprazol

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1615-RUBRICA

NOME: Sônia Saldano dos Santos

HO

DATA: 03/04/85 SP: Yvile IDADE: _____

PFSS: _____

RS: _____

PRO: _____

373

* Afirmação *

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANUTER VIAS AÉREAS PERMEAS
CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: _____	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____	() ANSIEDADE	() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
DRENOS: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____	() MEDO	() MEDO	() ASPIRAR VAS ATQ
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1. FLUMINENTE 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DERMATITIDES 5. FRACTURA EXPOSTA - G. EDENVA 7. AMPUTAÇÃO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIMAS ALÉRGICAS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III	DISEQUILIBRADA	DISEQUILIBRADA	() OBSERVAR RESULTADO PERIFÉRICA
CABEÇA: RESCOTO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANTER ACESSOS VENOSOS PERMEOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCOSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCORÍCAS () ANISOCORÍCAS () MIDRIÁTICA	() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA	() FADIGA	() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRFURAS () OBSTRUÇÕES HIGIENE BUICAL () FAVORÁVEL (X) RAZONÁVEL () PRECÁRIA	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTRAGEM
OBS: _____	() RISCO PARA QUEIMAS	() RISCO PARA QUEIMAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO	() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() PROMOVER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	() INAPETÊNCIA	() INAPETÊNCIA	() REALIZAR OFERTAS _____ HORAS
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO	() CONSTIPAÇÃO	() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
FREQUÊNCIA: (X) NORMAL () ACQUIPENTA () FREQUENTE () DISPERNICO	() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR ADEQUADA
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO	() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS	() COMUNICAÇÃO VERBAL	() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:	() PRELUDICA	() PRELUDICA	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
(X) HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBRIZADA () ICTERICIA	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
(X) CANTONIA () LACRIMOTICA () AEROCANAL () TEMPERATURA DA PELE: () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA	() DOR	() DOR	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
APARELHO CARDIOVASCULAR	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
PERIÓDIO PERIFÉRICO: (X) NORMAL () DIMINUIDO	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
PULSO PERIFÉRICO: () ESTIMADO () ABNORMAL () ILICÍTO	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
PULSO: () NORMAL () FREQUENTE () RÁPIDO () LENTO () FREQUENTE () RÁPIDO () LENTO	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
LOCAL DO PULSO: _____	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
AVULSÃO GASTROINTESTINAL	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
ABRITEN: (X) NORMAL () PREJUDICADO () ANOMAL	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () MAL NUTRIDO () MAL NUTRIDO () MAL NUTRIDO	() HIPOTENSÃO	() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO

MANHÃ
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA 03/04/19 HORA 10:00

Paciente acordou, sentou-se, comungou e
comunicou-se com o pai e o filho. Baixo
surto ambiental, sem alterações. NGA
sem alterações. A vomitar, e diarreias
sem alterações. Fístula de 2cm. Nódulo de 1cm.
Ela não se alimentou
e não bebeu nada

TARDE: ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

MANHÃ
NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM LIMP. PROF. PREVENÇÃO
DATA 03/04/19 HORA 12:00

Paciente orientado sem queixas
realizado SSVU (pmo). Segue as
condições da equipe.
Sistema respiratório: O2 2L
Respiração espontânea
Coração: 80 bpm
Kollander

TARDE: ASS. E CARIÍBICO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA / HORA 03/04/19

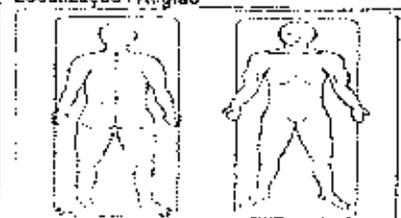
Paciente em repouso, sem
reintencões. TCC 100%.

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO - TEC. ENFERMAGEM:

Pac. orientado e acordado
350. Respiração de 12 a 14 por
min. sem alterações. NGA sem
alterações. A vomitar e
diarreias sem alterações.

Nome: Leão Teodoro das Santas

<u>03/04/15</u> RAU - I SIA - I 115 Unidade de Feridas Referência do Leito Quantidade do Exsudato Tipo de exsudato: Localização da ferida Ferida: <u>Periférica</u> Tratamento empregado Medicamentos utilizados: Horário de curativo: Horário da Próxima avaliação em caso de 4 de 2ms Horário de assessoria Horário de assessoria de enfermagem Horário de assessoria de fisioterapia	Localização / Região  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 checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática - <input type="checkbox"/> Cirúrgica - <input type="checkbox"/> Trauma - <input type="checkbox"/> Queimadura Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacão <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 hora 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"/> Outros: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrosa <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outros: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:50</u> <input type="checkbox"/> Tarde <u>04/04/15</u> Valdo Cardoso da Silva Enf. de Enfermagem Conselho Regional 403502	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - I	Localização / Região  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"/> Trauma - <input type="checkbox"/> Queimadura Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacão <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 hora 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"/> Outros: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrosa <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde 01- 02-
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Q.1S: _____

Q.3S: _____

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				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 + 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				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 22h 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

E D

SINAIS VITAIS				
6 H	130x86	75	ST	20
12 H	37.0	130x80	84	20
18 H	36.5	130x80	84	18
24 H	36.5	98	ST	20

MÉDICO RESIDENTE EM
 + ORTOPEDIA E
 + TRAUMATOLOGIA
 Dextro 10 mg/dl
 173

Dr. Pedro De Goulart
 CRM 10.100 / RQE: 154

24h → 102
 06h → 103 mg/dl

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
MORNING DATA / HORA

ANDARAÍ DO TENDUQUE LIA LINFENAGIM
MORNING DATA / HORA 12:00

PA 130/70 FC 30 TAx 36,5°C, D+1 E+
Realizado SSV e medicações com
Segue aos cuidados da sempre

TARDE ASS. E CARIÍMBD. ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE ASS. CARIÍMBD. TÍC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente segue sob cuidados
da enfermeira, sem queixas,

NOITE ASS. E CARIÍMBD. ENFERMEIRO:
DATA / HORA

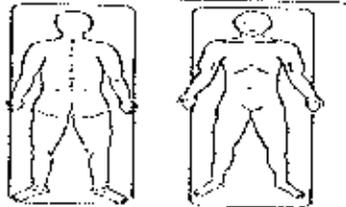
NOITE ASS. E CARIÍMBD. TÍC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente nos testes orientados para
os de manuseio administrados a ser
sem alterações.

Nome: 3000 Teodoro dos Santos

DATA: 04/04/13

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - II

Etiologia

Pressão I - II - III - IV; Venosa; Arterial; Diabética
 Neuropática; Cirúrgica; Trauma; Outra:

Forma da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Localização do Leito

Profundidade: _____ cm

Características de exsudato

Tecido de granulação; com escorço

Tecido necrótico

seco, mínimo; úmido, pouco

úmido, moderado; molhado, abundante

Tipo de exsudato:

Seroso; Fibrinoso; Sanguinolento

Purulento; Serososanguíneo

Odor:

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%; Outra:

Cobertura primária

Gaze

Fibrinase

AGE

Colagenase

Sulfadiazina de Prata

Outro:

Local de curativo:

Manhã 09:52; Tarde

Assinatura do enfermeiro:

09/04/13
Valdo Cardoso da Silva
Enf. de Enfermagem
C.R.E. 03.000.403.541.02

Local de curativo:

Manhã; Tarde

Assinatura do enfermeiro:

01- _____ 02- _____

OBS:

OBS:

Este documento é propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConfyFree, Solutions Programs. Os parâmetros e a ordem de uso das lesões, estas devem ser avaliadas 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				
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				suspensão
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 INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				off
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Padua
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIARIO				ny
15	DEXTRO 8/8HS				20/06/2019
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				

Handwritten notes: "20/06/2019" and "20'".

EVOLUÇÃO MÉDICA

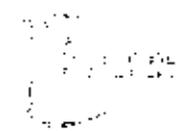
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	D
6 H	120/70	80	72/45	+
12 H	150/90	85	36/60	+
18 H	120/80	73	36'	+
24 H	130/90	76	36/30	+

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
 Ass. Enfermagem
 Fone: RR 008.457.009 AF

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ortopedista/Traumatologista
 CRM-RR 1615 RQE 034

Handwritten notes: "1.44 mg/dl", "225 mg/dl", "241 mg/dl", "Recusou comer".

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2015
			Atualizada: Janeiro / 2015	
			ENF/LEITO: 329	

Paciente: **João Teodoro dos Santos**

Data: 05/04/19	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Integridade:	<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"/> Queimadura	<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"/> Queimadura	<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"/> Queimadura
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	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
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"/> Seroso <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<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
Localização 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 checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<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:	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> AGE <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"/> 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: Intervalo de 7 de 24hs	06/04/19		
Nome e Assinatura do Enfermeiro (Assinatura)	01- Valdir Cardoso da Silva Assinatura do Enfermeiro COREN - TOPO 403.547	01-	02-

OBS:

Observações:

Este documento é propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Confiança, Solutions Programs. Os documentos com 02 ou mais folhas, estas devem ser avaliadas separadamente.

MANHÃ: EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DATA: 07/07/2019 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Revisão rotineira comunitária de ambulância. Com auxílio da enfermeira em serviço, atendimento de urgência no U.S. com exames de glicose, hemoglobina e hematócrito. Com atendimento de enfermagem e enfermagem de ambulância. Com atendimento de enfermagem de ambulância.

TARDE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ: ACERTANDO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA: 07/07/2019 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em estado de consciência alterada com sinais vitais estáveis. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, RR 20, SpO2 95%. Realizado exame físico completo. Realizado exame de urina. Realizado exame de sangue.

TARDE: 16h DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Realizada a coleta de sangue para exames de rotina. Realizado exame de urina. Realizado exame de sangue.

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em estado de consciência alterada com sinais vitais estáveis. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, RR 20, SpO2 95%. Realizado exame físico completo. Realizado exame de urina. Realizado exame de sangue.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

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		manh
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspens
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 DIARIO		M
15	DEXTRO 8/8HS <i>e/oc</i>		14/3/2019
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. Eldier Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1026/RR

D E				
SINAIS VITAIS				
6 H	128/80	80	36.0°C	
12 H	140/90	82	37.0°C	+
18 H				+
24 H	110/70	88	36.8°C	

14 Hs DATNO 145 mg/dl
 20 Hs DAT 107 mg/dl

Ref. Xixi Soreira, med. gástrico, SSU
e curativo, resgates e avaliação
do paciente. *Roberta Mendes*
S. de Enfermagem

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA:

TARDE: ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM
DATA: / HORA:

NOITE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA:

NOITE: *20/11* ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM
DATA: / HORA: *19/11*

Paciente em repouso, boa vital
comensal. *Yse. Rosa*

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	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratins	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN	
14	CURATIVO DIARIO					
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					

* Paciente com episódios de hipertensão de leve a moderada. Sem tratamento. Paciente com hipertensão de leve a moderada. Sem tratamento. Paciente com hipertensão de leve a moderada. Sem tratamento. Paciente com hipertensão de leve a moderada. Sem tratamento. Paciente com hipertensão de leve a moderada. Sem tratamento.

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

Is ilhoros qerto 157 mg/dl

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Prescrição
6 H	120x90	72	36,7	+	+	82 mg/dl
12 H	140x90	93	37,0	+	+	
18 H	130x90	80	36,5	+	+	
24 H	130x80	76	36,1	+	-	

Narciso Carlos Campos
Aux. Enfermagem
CRM-RR 000.457.008/AE

Marcos V. Alves de...
Fábrica de...
CORREIA...

Costo 283

...
...
CORREIA...



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOOME: POOZ Todorog dos Santos HD

DATA: 02/04/19 SEXO: M IDADE: 18 PESO: 30,9 KG. LETO: 309

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			DATA: _____
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			DATA: _____



LESÕES

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 () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

POPULAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCRÍNICAS () ANISOCRÍNICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TORÁX: E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () SUPLENICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚNIMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARÉLHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARÉLHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOIME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÃO/ INIBES/ SIBERIOSOS: () INIBIDA () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () INCLERA

APARÉLHO GASTROINTESTINAL

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURUÇÃO 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
- () INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () RESULTADO PREJUDICADO
- () CONFIORTO PREJUDICADO
- () DIFÍCIL CARIÓTIPO DE MANTENIMENTO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____/_____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS TDT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEFÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTO _____/_____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____/_____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR 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 DM2
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	SSV + CCGG 6/6 H		Rolimo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		AT
15	DEXTRO 8/8HS		200
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. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1328/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	Temp	D	F
6 H	124x80	72	37	+	0
12 H					
18 H	100x80	80	36,3	+	+
24 H	102x80	78	37	+	+

144
DXT = 258 mg/dL - o Recurso com início de I.R.
22 h 142 mg/dL
06 h 83 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: Socor Teodoro dos Santos

Localização / Região		Localização / Região	
DATA:		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 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 do exsudato:	<input 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	
Odor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Color:	<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	
Coloração 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 _____	<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 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 (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. do Enfermeiro	01- 02- _____	01- _____ 02- _____	
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 RR

NOME: SARA DOBRO SOUZA SEXO: (F) F IDADE: 39 ANOS PESO: 39 KG. LEITO: 323 HD: 323 ALÉRGICO? _____

DATA: 02/04/13

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 RÍSCA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESORGANIZAÇÃO 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"/> 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 BRÔNCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> ODR <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"/> REGULÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBILIDADE 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"/> 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> </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 LEITO A PARTIR DAS <u> </u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADO 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"/> OUTROS:	
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: DATA SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: DATA SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) DATA: DATA DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? DATA: 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 () GRAU () CASCARAS PERCÓCULAS: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO REAGENTE () REAGENTE () ISOCÓRICO () ANISOCÓRICO () MIDRÁTICA PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS:					LESÕES 			
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO: EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: () FREQUENTE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS CIRCUNSCRIÇÃO 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: () NORMAL () ARITMICO () ARRITMICO () FLUFORME PULSO: () NORMAL () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: APARELHO GASTROINTESTINAL: APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNSO () ACUDO () YNG PAPÁVE: ELIMINAÇÕES: () NORMAL () DIVERSA () ESTERILIZAÇÃO () MULTURA APARELHO GENITAL/PROSTATITIS: () NORMAL () DISTENDIDO () TÊNSO () ACUDO () YNG PAPÁVE: ELIMINAÇÕES: () NORMAL () DIVERSA () ESTERILIZAÇÃO () MULTURA								

ANEXO CAD DO ENFERMEIRO
DATA 02/10/10 HORA 14h

MANHÃ

Realizei atendimento com consultas e exames
na sala física, no entanto a USG não foi
realizada. O paciente tem muita dor
na região do pescoço. Resposta de 10 para 100 em
a e guisa. Sem alterações. *Ass: [assinatura]*

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:
DATA 02/10/10 HORA 14h

TARDE:

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:
DATA 02/10/10 HORA 14h

NOITE:

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

ANEXO CAD DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA 02/10/10 HORA 14h

MANHÃ

Paciente em sala para exames
SUVS. Paciente com quadro de
dor na região do pescoço
Ass: [assinatura]

ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:
DATA 02/10/10 HORA 14h

TARDE:

ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:
DATA 02/10/10 HORA 14h

NOITE:

Realizei os cuidados de enfermagem
na sala de
Ass: [assinatura]

ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:

Ass: [assinatura]
02/10/10

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
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
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 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		08h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H		Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		
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 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	16:00h
6 H	140x90	70	36,0	+ -
12 H	144x66	90	36,5	+ +
18 H	ausente ao leito			
24 H	140x80	85	36,3	+ +

de dextro 103mg bid
Anestesia

22h
DXT= 101 mg bid
06h DEXTRO 120 mg bid

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Jordano dos Santos

DATA: 08/04/98 SEXO: M M () F () IDADE _____

PESO _____ KG. LETO 308 HD _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
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"/>	DATA:	DATA:				
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:				
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				<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"/> ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBRSTUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> PAUCIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTODESTIMA 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 PILE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DESLITIGIAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORMTO SINTOMÁTICO <input type="checkbox"/> IDÉLICE CARDÍACO TRIPLICADO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
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 PESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO							
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA							
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA							
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBRSTUIDAS							
ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA							
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> RAZOÁVEL () PRECÁRIA							
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO							
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO							
MULBIMURIOS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO							
RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS							
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:							
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA							
<input checked="" type="checkbox"/> CLAUDICANTE () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME							
PULSO: () NORMAL CARDÍACO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO							
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBRANTE							
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DEFENUTRIDO							
SINAIS DE DEFENUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DISTRÓFICA () CÁQUEXIA () ANEMIA							



MANHÃ: DATA 21/07/2014 HORA 08:00

MANHÃ: DATA 21/07/2014 HORA 08:00

Paciente estável, com boa evolução. A embolização com sucesso. Com o auxílio de enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, foram realizadas as atividades de higiene pessoal, mobilização e cuidados de enfermagem. O paciente encontra-se bem, com sinais vitais estáveis.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE: DATA / HORA

TARDE: DATA / HORA

NOITE: DATA / HORA

NOITE: DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem sinais de dor. Boa evolução. Cuidados de enfermagem realizados. O paciente encontra-se bem, com sinais vitais estáveis.



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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	18/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SAU
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)				SAU
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SAU
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 1226/RR

SINAIS VITAIS	PA	P.C	FR	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 ↓ 29 mg/dl
22h Dextro = 186 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

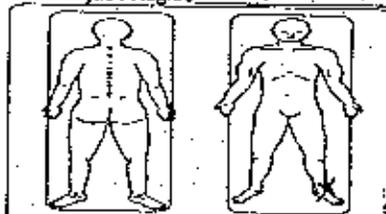
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 10/04/19

Localização / Região



GRAU - I

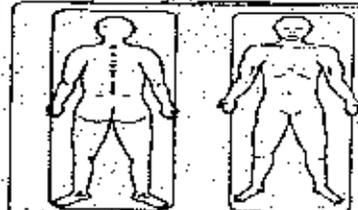
GRAU - II

DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

Tecido de granulação com estacelo
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com estacelo
 Tecido necrótico Escara:

Quantidade do Exsudato

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante.

Tipo do exsudato:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serosanguíneo

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serosanguíneo

Dor:

Sim Não

Sim Não

Odor:

evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem 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

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro:

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro:

Cobertura primária (contato direto na lesão)

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro:

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro:

Hora do curativo:

Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

11/04/19

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Valdo Cardoso da Silva
Enfermagem
COREN - RR 00003547

02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia Roberto dos Santos

DATA: 20/04/13 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 HD: _____

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 SIM () NÃO ()	<input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	<input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DERMATIDASES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACAO
- 8- ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PESCOLO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBTURADAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVERTIDOS: () AUSENTE () PRESENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MAUCOSAS

HIDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () TORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

RELA: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLACUIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBG PALPÁVEL

GI: ANIMAÇÕES/AUMENOS/ENFRIOSOS: _____ () NORMAL () PARALIA () CONSTIPAÇÃO () MELRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESORSTRUÇÃO 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 BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRUTAÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () CRÍTICO CARDÍACO INEFICAZ
- () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS/TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () MANTER PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA MÁUSSAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 ASPERSSÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO _____ / _____ H
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ / _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS: _____

MANHÃ: DATA 1/ FORA

MANHÃ: DATA 07/07 HORA 12:00

TARDE: DATA 07/07 HORA 15:00

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA 07/07 HORA 14:00

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

[Signature]
 Ass. e Cariótipo - Enfermeiro
 Ass. e Cariótipo - Técnico

Paciente no Sudo admissão, Semuneal, em estado de choque, Surto em ambiente sendo realizado, referir boa qualidade do sono, nua, qual a origem, no entanto, Urdula, que flocos de lã, em data, flocos, flocos, flocos, flocos

Paciente em estado de choque, Surto em ambiente sendo realizado, referir boa qualidade do sono, nua, qual a origem, no entanto, Urdula, que flocos de lã, em data, flocos, flocos, flocos

NOTA: DATA 1/ HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOTA: DATA 1/ HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

[Signature]

329



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA HC
 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	19/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				2x3
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 6/8 H				Ratim
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SA
14	CURATIVO DIARIO				21
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 CIRURGICA

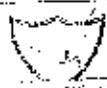
Dr. M. J. S. Brito
 ORTOPEDISTA
 CRM 19774/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TA	DE
6 H	110/70	84	17	120	+
12 H	110/80	73	17	120	+
18 H	120/80	70	17	120	+
24 H	120/70	80	19	130	+

24h Dextro 8L mg/dl
 150 mg/dl
 150 mg/dl

Dr. Pedro D. Stovani
 ORTOPEDISTA
 CRM 15077/R

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	PI ASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Oba
9	SIME TICONA 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 DIARIO				19/03/2019
15	DEXTRO 8/8HS				19/03/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				19/03/2019
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 DIETÉTICA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, OSSIL OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. [Signature]
CENTRO DE ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DIAS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E
6 H	120x80	70	20	51	+	0
12 H	120x80	70	57	37%	+	+
18 H	120x80	73	36	3	+	-
24 H	120x80	73	20	51	+	0

16 HS Dextro 125 mg/ml

124 mg/ml
10 mg/ml

manhã

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Soraia Tereza dos Santos ID: 329

DATA: 29/10/1998 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ Kg. LETO: 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 () 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- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PERCULO/ NIVEL DE CONSCIÊNCIA
 NIVEL 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: () PÊNVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 () HIBERTADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEA () RUBRIZADA () ICTERICIA
 () CLANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NOCTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

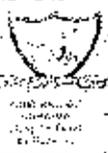
APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORVACÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 ABDA: () AUSENTE () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VIVO SENSÍVEL
 ELABORAÇÃO DE URÍNIOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () URÁRICA () CONSTIPÇÃO () MELÉRIA

APARELHO GENITÓRIO/MENSTRUAS:
 () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VIVO SENSÍVEL
 () OUTROS

DIAGNÓSTICO
 () RISCO DE INEFCIAZ
 () 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 QUEIDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTÉRMIA
 () HIPERTÉRMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
 () CONORTE) PREJUDICADO
 () CENÁRIO CLÍNICO DIMINUIDO
 () OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
 () ASPIRAR VAS/TQT _____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE _____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA OLETA
 () MANTER JEIUM, A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CIRIATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM:
 () REALIZAR HIGIENE DE CONORTE
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPÉDIA 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	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				suspenco
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 + COGG 6/8 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	IDEXTRO 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				

AMITRIPTILINA
 25MG VO À NOITE

COLHEITA MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DILTA ORAL
 OBLÍQUICA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE,
 TOSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	EC	FR/TAX	D	F
6 H	120/80	74		+	+
12 H	110/80	87	36/6	+	+
18 H	100/80	82	36/6	+	-
24 H	100/80	81		+	-

Dr. Teodoro dos Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 Rua 15 de Novembro, 555 TE

Dr. Teodoro dos Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CAMARÁ 1515

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Yvoni Trindade SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 350 HO: 350
 DATA: 12/04/19

* ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
CATETER CENTRAL SIM () NÃO () LOCAL DATA _____			() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL DATA _____			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA VESICAL SIM () NÃO () DATA _____			() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () DATA _____			() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
SONDA NASOBENTRAL SIM () NÃO () DATA _____			() MEDO	() ASPIRAR VIAS TÓX
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____			() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO			() RISCO PARA Quedas	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III			() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA			() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			() RISCO PARA Quedas	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA			() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA			() FADIGA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
OBS: _____			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			() RISCO PARA Quedas	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS _____ H
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR DEXTERO _____ HORAS
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO			() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERNSÃO
FREQÜÊNCIA () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			() DIARREIA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:			() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ESTIMULAR CAMBULÇÃO
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			() DOOR	() QUÊROS
APARELHO CARDIOVASCULAR			() HIPOTERMIA	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			() HIPERTERMIA	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA			() INTERFERIDA DA PLE PREJUDICADA	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FURFURANTE			() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	
PULSO: () MONOMORFICO () TETRAPLIFÁSICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA	
LOCAL DO PULSO: _____			() CONFORTO PREJUDICADO	
APARELHO GASTROINTESTINAL			() GÊNITO CARDÍACO QUANTITATIVO	
APETITE: () NORMAL () ESTIMULADO () ALMENTADO				
R.H.A.E. () AUSENTES () PRESENTES				
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () RÍGIDO () DULO PÁRPVEL				
CLASSIFICAÇÃO/NUTRIÇÃO: () NORMAL () DUBIADA () COMPLICADA				
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO				

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 13/04 HORA

15:14 - paciente acamado de literas
baixo no sono às 15:04.

TARDE:

ASS. E CARIÍBDO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÍBDO - TÊC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

NOITE:

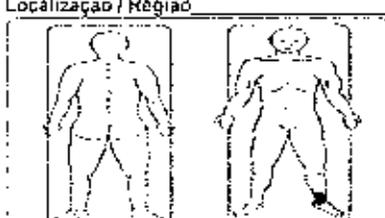
ASS. E CARIÍBDO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÍBDO - TÊC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

ASS. E CARIÍBDO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÍBDO - TÊC ENFERMAGEM

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 13.04.19	Localização / Região 	DATA:	Localização / Região 
GRAU - I		LI GRAU - I	
GRAU - II		LI 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 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:	
Comprimento	cm Largura	cm	cm
Profundidade	cm	cm	cm
Característica da ferida	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <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"/> Seroso-sanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo	
Deor:	<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	
Coloração 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	
Medicação para ferida	<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:	
Medicação primária (antes do tratamento):	<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 Incise: Encaminhado para 24hs	André Gomes Gonzaga Téc. Enfermagem		
Unidade ass.	01- FORÇA 030 058 02-	01-	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 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				suspens
4	TILATIL 90MG EV 12/12H				SUSPENSC
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H 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 DIARIO				06
15	DEXTRO 8/8HS				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 F OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML. EV+ AVISAR PLANIONISTA				

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 CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	O	E
6 H	111/85	80	32	1	+
12 H	130/80	77	36	+	+
18 H					
24 H	130/90	73	36	+	-

Glucose 65 mg/dl

Dr. Pedro Di Girolamo
Ortopedista

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Exame físico de enfermagem realizado</p> <p>Assessoria</p> <p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p>	<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>Paciente adormecido. Oxi saturação normal, sem queixas de dor ou desconforto. Exame físico normal.</p> <p>24h realizado SSV</p> <p>Em negociação SSV + medicação para controle da dor.</p> <p>Exames em andamento.</p>	<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>Priscila</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				
EXAMES	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	23/3/2019
TÍTULO	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mant
3	CETEPIME 1G EV 8/8H				suspens
4	MILATIL 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 SF DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				do
9	SIMFTICONA 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 M				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				do
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE				do
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, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

ANÁLISES VITAIS	FC	TAX	FR	Dióxido
6 H	130/80	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

Neidelis V. Alves dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 683.655-1E

Leandina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

do 16/0183

As 14 153 mg lcl

RECIBO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS
NOME DO PACIENTE: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
NOME DO RESPONSÁVEL: NEIDELIS V. ALVES DOS SANTOS
NOME DO TÉCNICO: LEANDINA DA SILVA ROCHA
NOME DO FARMACÊUTICO: FARMACIA
DATA: 23/03/2019
HORA: 14:00



SAE-SISTEMATIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sara Sirodon dos Santos

HO

DATA: 26/04/13 SEXO: M (F) IDADE: _____

PESO: _____ KG. LETO: 325

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE:

CONTROLE DE CATETERS E SONDAS

CATER	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	<input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA SIM ()	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO ()	DATA:
SONDA NASOENTERAL SIM ()	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO ()	DATA:
DRENOS? SIM () NÃO ()	<input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?	DATA:



LESÕES

- DIAGNÓSTICO
- () RISCO DE INFECÇÃO
 - () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 - () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 - () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 - () INSUFICIÊNCIA
 - () 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
 - () RISCO PARA LESÃO
 - () AUTOSTÍMIA 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
 - () REGULIÇÃO PREJUDICADA
 - () CONFORTO PREJUDICADO
 - () DÉFICIT CARDÍACO PERIÚTILIO
 - () DENTÍTIOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANTER MONTONIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS TQT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () MANTER PARA QUEIXAS ALGICAS
- () MANTER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERÚTILIO PERIFÉRICO
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () 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
- () MANTER FELUI A PARTIR DAS: H
- () REALIZAR DEXTRIO HORAS
- () BANCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () REALIZAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEMARCAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

- IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES
- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- DEBNA 7- AMPUTAÇÃO
 - ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

- CABEÇA: CONSCIENTE/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- NÍVEL DE CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 - PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 - ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 - VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORAVEL () PRECÁRIA
 - ORAS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () SUPLENICO () YACUINENICO () BRADIPNICO () DISPNEICO
- MÚMBUROS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

- CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ ANUCOSAS
- ADIRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 - () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 - TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERÍODO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLEPORME
- PULSO: () NOMINACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS SÁLVINE
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DURANTE () CONSTIPADO () MIEGMA

- ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
- ABRILHO IDENTIFICAR/DIURESE:
- ABRILHO IDENTIFICAR/DIURESE:

MANHÃ: HABILITADO OU ENFERMEIRO DATA 24/07/2018 HORAS 08:30

Paciente no Suíte Suíte, Cammulo hino
efetivo e balance em anfitrião. Comido
muito rápido, sem glauco, mas, roucos
Usando um diâmetro de 10cm, vez de 10
Cabeça 05 (4) vezes (+).

BRUNO
CORREIA

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA 24/07/2018 HORA 14:00

MANHÃ: ANOTADO OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA 24/07/2018 HORAS 08:30

Paciente no Suíte emitiu o juízo
necessário SSVS. Agui com energia
da sala sempre se empunha

Tatiana
Téc. de Enfermagem
CORREIA SÉLIA TE

TARDE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA 24/07/2018 HORA 14:00

Paciente deu atendimento
Téc. Odeia

NOTA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA 24/07/2018 HORA 14:00

NOTA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA 24/07/2018 HORA 14:00

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

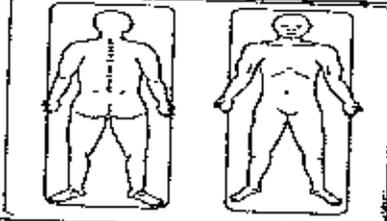
Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro das Santos

DATA: 15/04/19

Localização / Região



GRAU - I

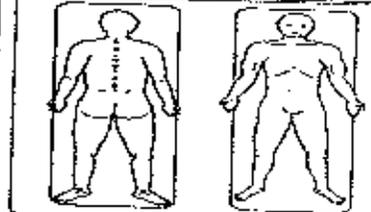
GRAU - II

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

Coor:

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:

16/04/19

Em caso de + do 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

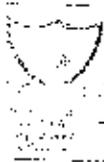
01- Valdo

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

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.

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
QUADRO CLÍNICO		LEITO	329	DATA	24/3/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mante
3	CLFFPIME 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 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
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14-22-08
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 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. PUPNEICO, LOI, S.G.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

6:30 63 mg/dL

TEMPO	VIAIS PA	Fc	FR	T.	D	E
6 H	115/85	71	20	36.5	+	g
12 H	130/85	85	18	36.5		
18 H	sem do leito					
24 H	135/85	72	20	36.5		

Georgina da Silva Rocha
Médica Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

14h -> Dextro 2.15 mg/dL
24h -> Dextro 2.15 mg/dL

América Médica
Roraima - RR
Cidade: Boa Vista
Rua: 15 de Novembro, 100
CEP: 68.000-000

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: glauber Teodoro do Amorim

DATA: 02/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 HD: _____

ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS							
CATER central	SIM () NÃO () LOCAL	DATA		() RISCO DE INECCÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL	DATA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()	DATA: _____			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	DATA: _____			() TROCA GASOSA PREJUDICADA		() MANTER MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO ()	DATA: _____			() ANSIEDADE		() MANTER CABECEIRA ELEVADA	
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____			() MEDO		() ASPIRAR VIAS ATQI	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
1. FERIMENTOS 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO				() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III				() RISCO PARA EQUILIBRADA		() OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA				() PAUÇA		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ATRÉS DA GAVAGEM	
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA QUEIMAS		() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL	
HIGIENE BUICAL: () FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA				() RISCO PARA LESÃO		() ESTIMULAR E REGISTRAR APTIVAÇÃO DA DIETA	
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				() AUTOESTIMIA PERTURBADA		() MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() DIARRÉIA		() REALIZAR DEXTO _____ H	
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				() CONSTIPAÇÃO		() ENCAMINHAR AO BANHOS DE ASPERSÃO	
FREQUÊNCIA: () FREQUENTE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() RISCO PARA COVESTIPAÇÃO		() ORIENTAR AUTO-CUIDADO	
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO				() DEFICIT DO AUTO-CUIDADO		() REALIZAR BANHO NO LENTO	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____	
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				() RISCO PARA RINORRÉIA ASPIRADA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () RÍPIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() RISCO PARA HÍPOTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES SEM _____	
() CIANÓTICA () ACANOTICA () MUCOSAS CIANÓTICAS				() DOR		() REALIZAR HIGIENE DE COM-CHTC	
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() HIPOTERMIA		() ESTRUTURAR O CAMBIO DE	
APARELHO CARDIOVASCULAR				() HIPOTERMIA		() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA À ALIMENTAÇÃO	
SITMIO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				() HIPOTERMIA		() TORNAR	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				() HIPOTERMIA			
PULSO PERIFÉRICO: () ABNORMAL () ABNORMAL () ABNORMAL () ABNORMAL				() HIPOTERMIA			
PULSO: () VIBRANTE () VIBRANTE () VIBRANTE () VIBRANTE				() HIPOTERMIA			
LOCAL DO PULSO: _____				() HIPOTERMIA			
APARELHO GASTROINTESTINAL				() HIPOTERMIA			
APETITE: () BOA () BOA () BOA () BOA				() HIPOTERMIA			
RILACI: () BOA () BOA () BOA () BOA				() HIPOTERMIA			
ESTADO NUTRACIONAL: () BOA () BOA () BOA () BOA				() HIPOTERMIA			

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE PUGLIN

OME: Cláudio Tenreiro do Monte HO: F. Bruna Pala DATA: _____ SEXO: UM UF: BL BLOCO: 309

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1	SOMATÓRIO
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter 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
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	1
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante	3
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	2
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	2
Eliminações	Evacuações no leito e usa de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminação no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	2
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	IM ou V. O	2
TOTAL:					22

Classificação: Assistencial Assinatura e carimbo do profissional: _____

Tracy Aguiar Coutinho
Enfermeiro
H4.731 COREN - AM

Complexidade Assistencial Pontuação

Intensivo _____ Acuidade 31 _____

Normal/Quase Normal 27,33 _____

Atenção Básica 21,67 _____

Outros 18,00 _____

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	25/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sob
2	ACESSO VENOSO PLURIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIMÉ 1G EV 8/8h				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/6h SN				SN
6	IRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INICIA				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)				5h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
16	DEXTRO 8/8HS				12h, 18h, 0h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				0h
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 OPERCIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LÓCUBEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Dextro
6 H	138x76	65	36	+	+	62mg de curado caso de EV
12 H	130x80	76	36.7	+	+	
18 H	130x80	74	36.6	+	+	
24 H	130x80	83	36.9	+	+	

16.4h Dextro 540 mg 1dx



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Roberto dos Santos HD _____

DATA: 24/03/19 SEXO: DM IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 319 ALÉRGICO? _____

CONTROL E DE CÂTERES E SONDAS _____ LESÕES _____

CÂTER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CÂTER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA	DATA



SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____ DATA: _____
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- GEMMA 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 () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍSSIMO
ORIS: _____

TORAX - PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO _____
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MULTIPLARES VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES () TOSSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RÍDCOS () ESTERIORES () SIBLOS
CIRCUNDAÇÃO/ COR/ PEALE/ MUCOSAS: _____
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CIANÓTICA () ACARNOTICA () MACROCIANÓTICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR _____
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUIDO
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () TELFÓRICO
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____
APARELHO GÁSTRICO _____
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () FAUCIMENTADO () ESTADO NUTRICIAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
SINAIS AUSENTES PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () ACISTENDIDO () TENSO () MOLE () VING PALPÁVEL
ESQUINOTÓXICO/ NÚMERO DE TISSUOS: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO () INFLAMAÇÃO () JARENA

APARELHO GUTRUBILIAQUEL _____
() ESPONJOSA () ESTABILIZADA () COSTOSOMIA () INFLAMAÇÃO () CONCENTRADA
() INFLAMAÇÃO () ESTABILIZADA () INFLAMAÇÃO () INFLAMAÇÃO () INFLAMAÇÃO

DIAGNÓSTICO: _____
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESCONSTRUÇÃO 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 BRÔNCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DESLITIGIÇÃO PREJUDICADA
() CÂMPITO PREJUDICADO
() OBJETIVO CARIÓTIPO PREJUDICADO
() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() ASPIRAR VAS /QT _____
() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS AGÍCAS
() ATENTAR 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 DISTENSO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER UMUM A PARTIR DAS _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ 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

MANOIA
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

transmissão de germes para
 o paciente e o ambiente
 através de ETE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 COREIA (04611)

Atb -> pista atb com justificativa de
 R15 atingido -> pericula para
 matular -> favela

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 COREIA (04611)

part. no parto atb
 para o parto e medicina
 segue em sua classe
 da qual mostra

A 6h paciente com orelha suada
 e glândula parotídea 63 nos
 testes de glândula a com o alho

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 COREIA (04611)



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				S/N
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				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/8 H				data
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				S/N
15	DEXTRO 8/8HS				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 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

Indicado para observação

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS PA	FC	TAOX	D	E	DXT	
6 H 100/70	84	36°	+	-		06
12 H 140x80	73	36,8°C	+	+		14
18 H						22
24 H 108/70	73	36,5°C				22

64 mg/dl
485 mg/dl

ferro
glicose
cpm
TCC - 02/19

Obs: Pac. com difícil acesso venoso!

SAB-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JUNIO TEODORO DOS SANTOS HD Matteo Otto Moraes
 DATA: 25/08/19 SEXO: M () F IDADE: 329 PESO: 70 KG. LEITO: 329 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS?	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			



1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DERMATITIDES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III</u>
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉLVICAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____
TORAX - E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
FREQUÊNCIA CARDÍACA: <input checked="" type="checkbox"/> TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSES: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () AQUANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMATÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR:
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PEREUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMATÓRICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____
APARELHO GASTROINTESTINAL:
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.I.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () YANG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/ESPÓRDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () COSTOMIA () SVR () UMP () CONCENTRADA
() MARIÚRIA () EQUÍURICA () OIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INEJEÇÃO	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() ANSIEDADE	() MEDO	() ENFENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA QUEDAS	() AUTOSTÍMULA 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:																										
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA QUEDAS	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() FADIGA	() INTOLEÂNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA QUEDAS	() AUTOSTÍMULA 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 PÉLVICAS	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H	() MANTER MONITORIZAÇÃO	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____	() ASPIRAR VIAS /TQT _____	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS	() OBSERVAR PEREUSÃO 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 DISTENSÃO ABDOMINAL	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETRAÇÃO DA DIETA	() MANTER LEUIM A PARTIR DAS: _____ H	() REALIZAR DESTRO _____ HORAS	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LEITO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	() PREPARAR PARA EXAMES EMI: _____	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA	() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 27/03/19 HORA: _____

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 27/03/19 HORA: 12:00

Paciente estável Sem Sinais vitais alterados
Sem desconfortos a noite, sem febre
Níveis vitais em níveis estáveis com
Bom funcionamento hormonal
Med. N. 18:00
E.V. 18:00
C. 18:00

TARDE: _____ DATA: _____ HORA: _____ ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

Paciente em bom estado de saúde
Realizando S.V. 18:00. Paciente em bom estado
de saúde sem sinais vitais alterados
Tudo

TARDE: 16:00 DATA: 27/03/19 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em bom estado de saúde
Realizando S.V. 18:00. Paciente em bom estado
de saúde sem sinais vitais alterados
Tudo

NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____ ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____ ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em bom estado de saúde
Realizando S.V. 18:00. Paciente em bom estado
de saúde sem sinais vitais alterados
Tudo

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

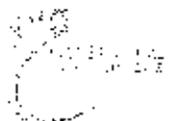
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

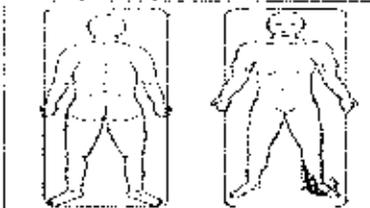
NOME: GOIO JOSEANO DOS SANTOS

DATA: 26/03/88 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 308 HD: _____

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS
CATER central	SIM () NÃO (X) LOCAL		() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X) LOCAL		() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>26</u> H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X) LOCAL		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO (X) LOCAL		() MANTER CABECEIRA ELEVADA	() ASPIRAR VAS FOT
SONDA NASOGENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL		() MESCO	() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
DRENOS?	SIM () NÃO (X) QUAL?		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ATENTAR PARA CUEIXAS ALGICAS
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. PRATUBA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO 9. SINAIS DE INFECÇÃO LOCAL GRAU I () GRAU II () GRAU III			DESQUILIBRADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS			() AÉREAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA			() FADIGA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS _____ H
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			() RISCO PARA QUEDAS	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
OBS:			() DIARREIA	() REALIZAR BANHO NO LETO
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() AVALIAR CRIATIVO DIÁRIO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() PREPARAR PARA EXAMES EM...
FREQUÊNCIA: () SUPLENICO () BRADIPNICO () DISPNEICO			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONDOMÍNIO
MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE			() RISCO PARA INFEÇÃO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			() RISCO PARA QUEDAS	() OBSERVAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			() DIARREIA	() REALIZAR BANHO NO LETO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PÉTELMUCOSAS:			() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
DE HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONADA () HIPOCORADA () FAJUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACIDOCIANÓTICA			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
TEMPERATURA DA PELE: () NORMATIVA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			() RISCO PARA RINCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
APARELHO CARDIOVASCULAR			() RISCO PARA QUEDAS	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			() DIARREIA	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA			() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
PULSO: () NORMAL () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
LÓÇAS DO PULSO:			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
APARELHO GASTROINTESTINAL			() RISCO PARA INFEÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
ASTRINTES: () NÃO () SIM			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO
FALTA DE ALIMENTAÇÃO: () NÃO () SIM			() RISCO PARA QUEDAS	() REALIZAR MUDANÇA DE CICUENTO

	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> Localidade: _____ <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: _____			
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 checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> muito, abundante	<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"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo			
Odores: <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"/> 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			
Coloração 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 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: _____			
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 <u>09:59</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
Data da Próxima troca: Em caso de I de 24hs <u>27/03/19</u>				
Endereço e Assinatura do Enfermeiro <u>01- Elvise Borá - 944-60670</u>	02- _____	01- _____	02- _____	
OBS:				

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
 O paciente 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

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		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 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		SN
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 DIARIO		
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

SOLICITO PASEX ADICION. HIV
SOLICITO RX CARPOUSO + BRAX

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	140 x 90	90	12	36°		

assinatura
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1928/RR

Dose: 232 mg/dl
 * Paciente recebeu
 insulina regular
 00 UI - CFM.
 Instituto de Saúde de Roraima



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº I

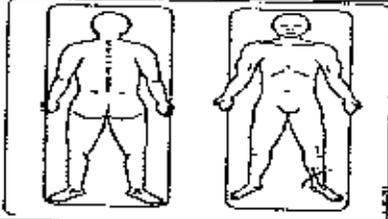
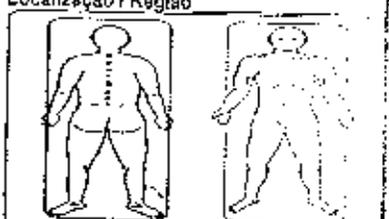
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

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 <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 Profundidade _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> com esfacelo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <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	
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"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <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"/> Prurido <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato 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 checked="" 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	<u>28/03/13</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>[Assinatura]</u>	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

02/03/2015

Recebi visitas, Sem Guiza. Sem
intercambios, mas com febre, noites
de 12 ou 14 horas, olhando bem ditos
funções fisiológicas normais.

Dr. [Signature]

TARDE: ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:
DATA: / HORA:

Revisado SSUVT e unido; S
que tem sintomas, segue nos
dados de diagnóstico.

Dr. [Signature]
COORDENADOR DE TI

TARDE: ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

Sem intercorrências

Atenção de 12 horas
Unidade de Enfermagem
Fone: 618 961

NOITE: ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:
DATA: / HORA:

NOITE: ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

24:00 Paciente em leito. Sem sinais
de infecção. Sem febre, sem tosse
e sem secreção. Sem sinais
de desidratação. Sem sinais
de alteração de consciência.
Sem intercorrências.

Dr. [Signature]
COORDENADOR DE TI

Enfermeiro
SR. [Signature]

24:00 Paciente em leito. Sem sinais
de infecção. Sem febre, sem tosse
e sem secreção. Sem sinais
de desidratação. Sem sinais
de alteração de consciência.

ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

Dr. [Signature]
COORDENADOR DE TI

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		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	San	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	manhã	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	suspensão	
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	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	Roraima	
14	CURATIVO DIÁRIO	SN	
15	DEXTRO 8/8HS	M	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	14 22 05	
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 CIRURGICA

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1878/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	108x78	73	20	37	+	0 Jodi
12 H	130x80	75	17	36	+	72 mg folh Jecadine
18 H	130x80	82	20	36.8	+	345 mg dl
24 H	126x82	74		36.2	+	138 mg dl

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 <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 	
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"/> 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		
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 0,1% <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: Em caso de + de 24hs	29/03/19				
Carimbo e ass. Rec. em Enfermagem	01- Elenir		01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo 947-956 14				
OBS:	OBS:				

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva'Pec, Soluções Programadas.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLINICAS RR

NOME: Severo S. Sodano HD _____

DATA: 28/03/93 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LENTO: 322 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS
 SINA () NÃO () LOCAL DATA
 CATETER CENTRAL SINA () NÃO () LOCAL DATA
 CATETER PERIFÉRICO SINA () NÃO () LOCAL DATA
 SONDA VESICAL SINA () NÃO () DATA: _____ DATA: _____
 SONDA NASOGÁSTRICA SINA () NÃO () DATA: _____ DATA: _____

SONDA NASOENTERAL SINA () NÃO () DATA: _____
 DRENOS? SINA () 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: SINA () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERMEÁVEIS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____
 TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EURRÍTMICA () TAQUICÁRICA () BRADICÁRICA () DISRÍTMICA
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES () SÓCIS () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍMOS () ESTRIPISES () SÍRITOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS
 () HÍDRATADE () ÚMIDA () DESIDRATADA () COPADA () MOCADA () FÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CÍANOTICA () ACIANOTICA () ACROCIANOTICA
 TEMPERATURA DA PÊLE: () ANDRÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
 ABRILHO CARDIOASTHMA

SITIO CARDIACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
 PRESSÃO ARTERIAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 PRESSÃO VENOSA CENTRAL (CVC) () SAUDADE () DIMINUIDA
 PRESSÃO VENOSA CENTRAL (CVC) () SAUDADE () DIMINUIDA
 PRESSÃO VENOSA CENTRAL (CVC) () SAUDADE () DIMINUIDA
 PRESSÃO VENOSA CENTRAL (CVC) () SAUDADE () DIMINUIDA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEFCIAZ
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFCIAZ
 () INCAACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () INEFCIAZ
 () ENFRENTAMENTO INEFCIAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () INEFCIAZ DE EFCIAZ PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFCIAZ TERAPÉUTICO
 () CEDESTRUÇÃO INEFCIAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUEDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () INEFCIAZ PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERMEÁVEIS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS DE VITIS DE 6/6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS (TO)
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NAUSEAS E VOMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFERICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PERMEÁVEIS
 () REALIZAR CONTROLE FÍSICO DE 6/6 H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR CULMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR O REG STAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER HIGIENE E PENTE DAS: _____ H
 () REALIZAR DEVERO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO DEPARTAMENTO DE ASPIRAÇÃO
 () ORIENTAR A OCUPAÇÃO
 () REALIZAR O BARRIO NO LITTO
 () REALIZAR A CURETA DE OCLUSÃO ()
 () REALIZAR CURETA NO LABIO
 () PREPARAR EAS LAVAS DE
 () REALIZAR HIGIENE DO
 () REALIZAR HIGIENE DO

MANHÃ:

Recebi sábado, terça, e amanhã com exames laboratoriais com resultados em mãos. Sem febre, tosse, dor de cabeça e mal-estar. Sem outros sintomas físicos e normais.

Elisa F. Pinheiro
 Enfermeira
 CREMESP 030.091-1

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: / / HORA:

MANHÃ:

Paciente em quisesse física. Realizado seu CPM. Segue em cuidados de enfermagem.

Guilherme Pinheiro
 Técnico em Enfermagem
 CREMESP 030.091-1

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:

TARDE:

Paciente em quisesse física. Realizado seu CPM. Segue em cuidados de enfermagem.

Elisa F. Pinheiro
 Enfermeira
 CREMESP 030.091-1

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:

NOITE:

Paciente no leito convenientemente orientado no momento. Sem febre, tosse, dor de cabeça e mal-estar. Sem outros sintomas físicos e normais.

Elisa F. Pinheiro
 Enfermeira
 CREMESP 030.091-1

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: / / HORA:

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	29/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
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 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				8/8h
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 DIARIO				m
15	DEXTRO 8/8HS				8/8h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				CONT
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 828/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
6 H	130x80	75	-	36°C	+	0	304 mg/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

ASS. E CARIIMBO ENFERMEIRO
DATA: 5/10/79

Região 1 - 11m. 40cm. de altura, olhos azuis, cabelos castanhos, pele branca, dentes brancos, nariz reto, mãos e pés normais. Sono tranquilo, sem insone. Alimenta-se bem. Não tem febre, tosse ou outros sintomas. (4) Encaminhado para o Hospital de Referência.

TARDE: ASS. E CARIIMBO ENFERMEIRO
DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM
DATA: / / HORA: :

Realizado SSV14 e avaliação de frequência cardíaca. Segue aos cuidados do enfermeiro responsável.

TARDE: ASS. E CARIIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM
DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIIMBO ENFERMEIRO
DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM
DATA: / / HORA: :

Feito Medicação @ SSV. Conforme Prescrição Segue aos cuidados do enfermeiro responsável.

Sérgio Brindley Faria
COPOM - RES. 94.308 - TE

ASS. E CARIIMBO ENFERMEIRO

ASS. E CARIIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Walter de Souza dos Santos SEXO: M / E RAÇA: BRANCO RESO: 29 S KG: 66 ID: 29 S • ALÉRGICO?

DATA: 28/10/89 EXAME FÍSICO DO PACIENTE: LESÕES

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS: SIM () NÃO () LOCAL: LOCAL DATA:

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: LOCAL DATA:

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: LOCAL DATA:

SONDA VESICAL SIM () NÃO () DATA: DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: DATA

DRENOS: SIM () NÃO () LOCAL: LOCAL DATA: DATA

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

TROCA GASOSA PREJUDICADA

INSUFICIÊNCIA DE VAS

RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILÍBRIO

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: MANUTER VIAS AÉREAS LIVRES

REUZAR CUIDADOS COM VAS

VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

MANUTER MONITORIZAÇÃO

MANUTER CABEÇA EM ELEVAÇÃO

ASPIRAR VAS 1/2

VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

ATENÇÃO PARA QUE VIAS AÉREAS SEJAM ATENDIDAS PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

MANUTER ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

REUZAR CONTROLE HIDRICO DE 2/2 H

OSSEVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA

MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS 18 HORAS

REALIZAR DEXTO

ENCAMINHAR AO BAMBÓ DE ASPERSSO

ORIENTAR AUTOCUIDADO

REALIZAR BANHO NO LETO

REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 2/2 H

REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

PREPARAR PARA EXAMES BILIAES

REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

ESTIMULAR ATIVIDADE FÍSICA

DESENVOLVER E MANUTER HIGIENE PESSOAL

*Prescrição médica
de 07:30h

7200.0000



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				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 (31/03/19)
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 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				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 CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1628/RR

Evolution

01:00 - 116
02:00 - 88
06:00 - 194

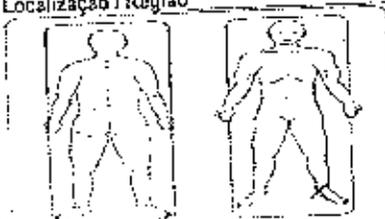
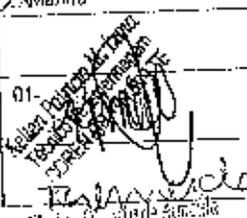
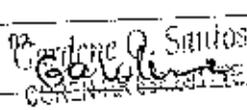
	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	110/70	74	23	36,7
18 H	130/90	78	20	36,0
24 H	120/80	68	20	36,0
30.3.19 6h	120/70	73		35,4

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 329

Data de Realização:
Fevereiro 2017

Nome: João Teodoro dos Santos

Localização / Região		Localização / Região	
DATA:		DATA:	
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Localiz.	Pressão: I - II - III - IV Venosa / Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma / outra:	Pressão: I - II - III - IV Venosa / Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma / outra:	
Comprimento da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	
Profundidade da Ferida	Profundidade: _____ cm	Profundidade: _____ cm	
Aspecto do Leito	Tecido de granulação: <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	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	
Tipo de exsudato	<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	
Odor	<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 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	
Medicação 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	
Medicamento para área perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <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: Em caso de + de 24hs	01- _____	01- _____	02- _____
Assinatura do Enfermeiro			
Assinatura do Médico			

ENFERMEIRO DATA: / / HORA:

MANHÃ TÉCNICO DE ENFERMAGEM DATA: / / HORA:

09/03/19 07:10h - 1 PET. ALBERTA
ORIENTADO NO TEMPO E ESPERA
COMUNICA SE URGENTE, REFEZEM BOB
INGESTÃO ALIMENTAR, ELIMINAÇÕES RESIDUAIS
INTESTINAL PRESENTE

TARDE: DATA: / / HORA: ^{08:00} ^{ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO}

TARDE: DATA: / / HORA: ^{ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM}

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: / / HORA:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA: / / HORA: ^{18:00} ^{ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM}

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Parte no Lact. Fort. verificadas
condições adequadas de higiene
e manutenção do Lact.
Segue vol. com o Lact.

[Handwritten signature]
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	31/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MILITAR
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				POTUUA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				PA
15	DEXTRO 8/8HS				10 28 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20 WTT
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. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	120/80	84	19	-
12 H	130/90	73	19	-
18 H	160/90	75	18	-
24 H	116/78	75	18	36.0°

RMT

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

DEXTRO 293 mg/dl
DEXTRO Feito 4 UI = 2 EPM
152 mg/dl

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1

Versão: 06

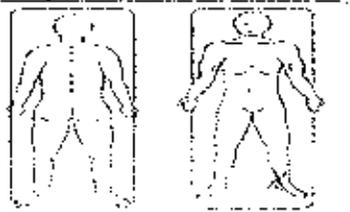
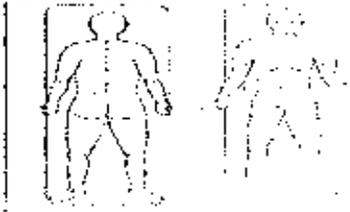
Data da última atualização:
Fevereiro/2011

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 329

Nome:

João Teodoro dos Santos

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	
Localização / Região	<input type="checkbox"/> I - I <input type="checkbox"/> I - II <input type="checkbox"/> I - III <input type="checkbox"/> I - IV <input type="checkbox"/> Veneza <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Traumatológica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Localização / Região	<input type="checkbox"/> I - I <input type="checkbox"/> I - II <input type="checkbox"/> I - III <input type="checkbox"/> I - IV <input type="checkbox"/> Veneza <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Traumatológica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm
Profundidade _____ cm		Profundidade _____ cm	
Características do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Características 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
Características do Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Características do 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
Identificação	<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	Identificação	<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
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 _____	Coloração 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 _____
Medicação 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: _____	Medicação para a ferida	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____
Medicamentos utilizados	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrasso <input type="checkbox"/> AGI <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Suladiazina de Prata <input type="checkbox"/> Curto <input checked="" type="checkbox"/> Neomicina	Medicamentos utilizados	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrasso <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Suladiazina de Prata <input type="checkbox"/> Curto <input type="checkbox"/> Outros: _____
Medicamentos utilizados	<input checked="" type="checkbox"/> Manê <input type="checkbox"/> Iodo _____	Medicamentos utilizados	<input type="checkbox"/> Manê <input type="checkbox"/> Iodo _____
01- _____	02- _____	01- _____	02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Gardenir S. Santos COREN-PR 638.851-TE		

OBS:

SAL SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Yvone de Aguiar IDADE: 60 ANOS SEXO: F RACIA: BRANCA HO: 1,50
 DATA: 30/03/19 SEVERIDADE: Alta IDADE: 60 ANOS SEXO: F RACIA: BRANCA HO: 1,50
 PRON: 329 RG: 10.000.000-0 TIPO: 329 ALFABICADO: Sim

EXAME FÍSICO DO PACIENTE _____ LESÕES _____
 CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS _____

CATÉTER CENTRAL SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 CATÉTER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA VESICAL-SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA NASOGÁSTRICA-SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES _____
 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEGRADABILIDADE 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
 CABEÇA: RESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () SÓCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () O MÚLTIPLO
 VÍAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIA () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO _____
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 OOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORACAO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () BRONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
 CIRCUNSCRIÇÃO/COER DA PLEU/MUCOSAS: _____

() HÍDRATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () COARADA () HIPERCORADA () FALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CLAVICULA () ACINATICA () TACHICARDIA VULGA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTIFRICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR _____
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () EQUÍVOCO
 PULSO: () NORMOTÔNICO () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO () AUSENTE
 COAL DO PULSO: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL _____

ABERTO () NORVAL () DANUNDO () VENTRITRICO
 RUAHA: () AUSENTE () PRESENTE ACOE: () DISTENSO () TENSO () AGUDO () CRÔNICO
 ESTABO NUTRICIONAL: () AUMENTO () ESTABILIZADO () DIMINUIÇÃO () PRECÁRIO
 ESTADO NUTRICIONAL: () AUMENTO () ESTABILIZADO () DIMINUIÇÃO () PRECÁRIO
 () AUMENTO () ESTABILIZADO () DIMINUIÇÃO () PRECÁRIO

DIAGNÓSTICO _____
 () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFERMAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIVERTEIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA ESCOCCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL
 () AUMENTO DO SOMO FREQUÊNCIA
 () DREGULAÇÃO PREJUDICADA
 () FORTALECIMENTO PREJUDICADO
 () DEFICIT CARIÓTIPO DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM _____
 () REALIZAR CUIDADOS COM VÍAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABEÇA ELEVADA
 () ASPIRAR VÍAS/TOT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PRESSÃO 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 JOGIM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO TETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DÁNIC
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTABELECER DEAMGULAÇÃO
 () ESTABELECER E CUIDADOS PARA ATENDIMENTO
 () REALIZAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 () REALIZAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
 DATA 03/03 HORA 18:00
 MANHÃ

Faculdade no leito. Sem febre. Sem
 AV. Tola. Gargala em T.E. Bronco
 bilioso com sibilos de mlti
 tra. Ausculta sítio. Sono por
 respirado. Bateria E e Bacteri
 E. Sem acompanhamento. ^{Tabela de Sinais}
 de

TARDE: ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: DATA / HORA: TARDE: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA:

Sem intercorrências. ^{atualizado}

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: DATA / HORA: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA:

Resposta afeita. Absorção adequada. Sinais vitais estáveis. Ausculta normal. 25 mg/kg por via oral. Sem intercorrências.

Elaborado por: [Assinatura]
 Avaliado em: [Assinatura]
 Controlado em: [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				
ALÉRGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	24/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
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 + 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 + CCGG 6/6 H				Rolina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHg				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14-02-08
16	AMITRIPIILINA 25MG VO À NOITE				200
18					
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				

INDICAÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. LUPINEICO, LOTI, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 828/RR

6:1h 63 mg/dL

PARÂMETROS VITAIS	Pa	Fc	FR	T	D	E
6 H	115 x 80	71	20	37.1	+	Ø
12 H	132 x 85	88	18	36.2		
18 H	quase no leito					
24 H	135 x 85	72	20	37.1		

Inocência da Silva Rocha
Téc. de enfermagem
CRFON/RR 551.943

14:1h -> Dextro 235 mg/dL
20:1h -> Dextro 235 mg/dL
Paciente em uso de insulina
Tratado com analgésico
Com. N.º 2019.02.12



SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Roberto dos Santos

DATA: 24/03/19

SEXO: UM () F

IDADE: _____

PESO: _____ KG.

LEITO: 319

HD: _____

ALÉRGICO ? _____

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: _____



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: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUICAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX: E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOUR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES * TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR. DA PELLE/ MUCOSAS

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO GASTROINTESTINAL

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () PÁLIDO () ARRITMICO () TILFOFÓRICO

PULSO: () NORMAL () FRACO () JACOINCAÍDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () AUMENTADO () DIMINUÍDO () NUTRIDO () DESNUTRIDO

ER. HA. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLEXÍVEL () RÍGIDO () TENDRO () AGUDO () NING PALPÁVEL

EDM. () AUSENTES () PRESENTES () DISTENDIDO () TENDRO () AGUDO () NING PALPÁVEL

EDM. () AUSENTES () PRESENTES () DISTENDIDO () TENDRO () AGUDO () NING PALPÁVEL

APARELHO GENITURINÁRIO/ OTOSSASSO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSTOMIA () SIND () LIMPIA () ACORCENTADA

() HEMATURIA () ESCURAS () GROSSAS () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

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

() DESORGANIZAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA URSÃO

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTRIÇÃO

() RISCO PARA CONSTRIÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELLE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADADO PREJUDICADO

() CONFORTO PREJUDICADO

() DEFICIT CARDIACODIMINUIDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEDAS ALGICAS

() ATENTAR 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 DISTENSO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER EM UMA PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTERO _____ / _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES: EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DE AMPLAÇÃO

() OBSERVAR, REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTRO:

ASS. E CARIÍBO - ENFERMEIRO
 DATA / / HORA

AMÉRICO DOTENICO EM INFERMAGEM
 DATA / / HORA

Transfusão de plasma de
 plasma de 500 ml
 plasma de 500 ml

Ass. e Cariíbo - Enfermeiro
 CARIBO 504115

TARDE: ASS. E CARIÍBO - ENFERMEIRO
 DATA / / HORA

TARDE: ASS. E CARIÍBO - TÉCNICO ENFERMAGEM
 DATA / / HORA

Med - 2 pte. de 100 com glicose de
 915 mg / dl - 2 pontos de
 glicose - 2 pontos

Nome do paciente
 Número de identificação
 Valor de 01 a 52 15
 Casos

NOITE: ASS. E CARIÍBO - ENFERMEIRO
 DATA / / HORA

NOITE: ASS. E CARIÍBO - TÉCNICO ENFERMAGEM
 DATA / / HORA

Diet no litto infivel
 Dieto de 100 e medicação
 que não é indicada
 da nutrição

A 6h do paciente com glicose elevada
 de glicose de 163 mg / dl
 glicose de 163 mg / dl
 glicose de 163 mg / dl

Ass. e Cariíbo - Enfermeiro
 CARIBO 504115

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	25/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM F HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CFEPIME 1G EV 8/8H				suspensa
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				06
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 MMMI				SN
14	CURATIVO DIARIO				04
16	DEXTRO 8/8HS				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. N.LGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. FUPNEICO, LCL, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

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	+	+	
18 H	130x80	74	36.2	+	+	
24 H	130x70	83	36.9	+	+	

16.4 Dextro 540 mg 1 dl

correção glicose



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>25/03/19</u>	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: 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 na 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 0,1% 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: 26/03/19

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- Olívica 02- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS: _____

OBS: documento integrante da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConaTec, Soluções Programadas. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 15/03 HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 15/03 HORA 12:00

Paciente estável Sem Guedes Óbrias
Sem desconfortos. Nega dor. Febril
Mucosas úmidas ou levemente brancas
Sinais vitais fisiológicos normais

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO

TARDE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO

Paciente em alto grau de risco
realizando SSV. Segue com evolução
do dia seguinte para melhorias

TTS

TARDE:

16/3

DATA 16/03 HORA 19

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente em fase de recuperação
de desconfortos associados

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NOITE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO

NOITE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente estável com sinais vitais normais
sem desconfortos associados
+ melhora dos sintomas
Segue para alta - Condolado
de alta em 24h

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM 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 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 DIARIO				SN
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 CIRURGICA

EDUARDO FUSCA MARIANO HV

Soluções Rx Coronária + Brax

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	78	17	36.7°	+	+
18 H						
24 H	140 x 90	92	18	36.0°		

Dextro
90 mg/dia

Dxt = 232 mg/dl

* Paciente recebeu
insulina regular
02UI - 07M



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

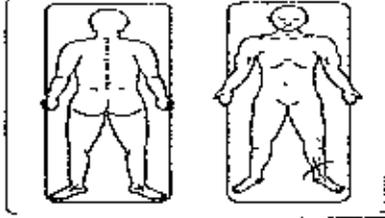
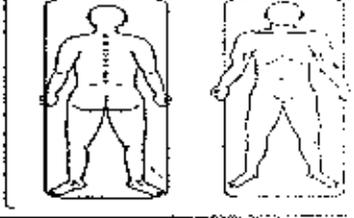
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Leão Teodoro dos Santos

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 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 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 _____	<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 type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" 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 <u>28-03-19</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>[Assinatura]</u>	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoovaTec, 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 Rosa dos Santos

DATA: 27/03/98 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG: _____ LEITO: 528 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------	--------	-------------	--------------------------

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATER. CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____	() RISCO DE INFECÇÃO	() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATER. PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____	() PADRÃO RESPIRATOR O INEFICAZ	() REALIZAR CURSOS COM VIAS
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____	() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO SPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>10/16</u> H
SONDA NASOALÁSTRICA	SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANUTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____	() INEFICÁCIA	() ASPIRAR VAS. TOT
DRENIS	SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ATENDER PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
1. FERIDA VITO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. ECZEMA 7. AMPUTAÇÃO		() RISCO PARA INFECÇÃO	() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL _____		() DESOQUELEBRADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA: PESCOÇO, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPEÚTICO	() REALIZAR CONTROLE NÍVEL DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA		() TERAPIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DOMINADA		() DESTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS		() FADIGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS: _____		() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() RISCO PARA Quedas	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
EXPANSÃO: () SÍMETRICO () ASSIMÉTRICO		() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR BANHO DE ASPERSÃO
POR INSPIRAÇÃO: () SIM (X) NÃO		() AUTOESTIMA PEREBADA	() REALIZAR BANHO NO LETO
FREQUÊNCIA: () EQUIVOCADO () BRADIPNEICO () TAQUIPNEICO		() DIARRÉIA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES		() CONSTIPAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES ENF.
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓPICOS () ESTERTORES () SIBILOS		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONDETO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:		() DEF. CLT. DO AUTO CULDAVO	() DESERVAR E REGISTRAR FUSÃO, EDEMAS A
(X) HÍDRATADA () UNIDA () DESDRATADA () ROSADA () HIPOCORADA () PALEADA () ICTERICIA		() CONVULSÃO GERAL	() ATIVIDADE FÍSICA
() CLAVÍCULA () AXILAR () TÁCRICAMÓTICA		() PREJUDICADA	() OUTROS _____
TEMPERATURA DA PELE: (X) NÓRMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA		() RISCO PARA BOMBO ASPIRAÇÃO	
APARELHO CARDIOVASCULAR		() DOR	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		() HIPERTENSÃO	
PULSO PERIFÉRICO: (X) NORMAL () IPORAL		() HIPOTENSÃO	
PULSO ARTERIAL: () SÓLIDO () ASSIMÉTRICO () FURIFORME		() INTERMITENTE	
PULSO CAROTÍDEO: () SÓLIDO () FURIFORME		() INTRACRANIAL PREJUDICADA	
LOCAL DA LESÃO: _____		() PALPAÇÃO DO DORO PREJUDICADA	
APARELHO GASTROINTESTINAL		() DEBILIDADE	
ASTITIA: () NORMAL () AUSENTE () AUSURADO () DISTENDIDO		() RISCO PARA Quedas	
RHM: () NORMAL () AUSURADO () DISTENDIDO () VAGOSALDVEL		() RISCO PARA LESÃO	

DATA: 24/07/2008

NOME:

ASSISTENTE SOCIAL: RENATA

Resenha assistida, sem perguntas, sem intervenções, mas com feedbacks, não houve dúvida ou problema, atendendo bem todos pontos fisiológicos, normais

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

TARDE: DATA: / / HORA: / /

Realizado SSUVT curativo; S-
queixas algébricas; segue aos S-
dados de enfermagem

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM
CORRENTE 538.331-12

TARDE: DATA: / / HORA: / /

Sua malacostomia
Tubo de Thomas
Sua malacostomia
Sua malacostomia
Sua malacostomia

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM

NOTA: DATA: / / HORA: / /

NOTA: DATA: / / HORA: / /

34:00 Tratando no litto, sem sinais
vivos. Sem AVF. Orelhas com
F. E. Resposta com sinais
de estímulos. Orelhas
pálidas. Sem ressonância.
Resposta (+) e B. Resposta (+)
Sem sinais de vida.

Paciente no litto. Realizado SSUVT
dados SSUVT paciente recebeu cuidados
regulares 2 UT. Paciente fisiológica e segue
aos cuidados de enfermagem. TC. Vida

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM
CORRENTE 538.331-12

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM

34:00 Paciente em ventilação
com suporte de vida - 34:00
sem OVI - 34:00
sem OVI - 34:00

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	28/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sa
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				Sa
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Sa
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Sa
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Sa
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Sa
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Realiza
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Sa
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				19 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. 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	120x82	75	17	36.8	+	72 mg/dl
18 H	124x82	82	20	36.8	+	545 mg/dl
24 H	126x82	74		36.2	+	138 mg/dl

Leodina da Silva Rocho
Téc. Anestesia
COREN-RR 551 943



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: 29/03/19
GRAU - I
 GRAU - II



DATA:
 GRAU - I
 GRAU - II

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética oncospática cirúrgica Trauma Outra: Exolúsa

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: Tecido de granulação Com esfacelo
 Tecido necrótico

Quantidade do Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Doer: Sim Não

Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Perilesão(s): Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 0,2%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo: Manhã 08:43 Tarde

Data da Próxima troca: 29/03/19
Em caso de T do 24hs

Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem: Dr. Yeleni 02-
Coord 947-956 te

RES: _____
OBS: _____

OBS: Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
OBS: Pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas 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
IDADE		LEITO	329 DATA
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 6/6H 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		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		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, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1826/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80	75	-	36.5°	+	+	30ml 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 Edição: 06 de Fevereiro de 2015

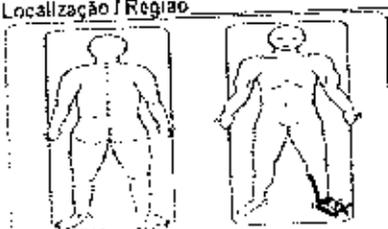
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 09/03/19

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - II

DATA:

LI GRAU - I

LI GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Pressão I - II - III - IV: Venosa Arterial Diabética
 Neuropática Cirúrgica Trauma Outra: _____
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Características da Ferida

Tecido de granulação Sem escarcado
 Tecido necrótico

Aparência do Leito

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Quantidade de Exsudato

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo

Tipo do exsudato:

Sim Não

Deix.

evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Odor

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Condição da pele
em volta da ferida

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Medicação para limpeza

Soro Colagenase
 Soro brânco Sulfacetamida de Prata
 AGE Outro: _____

Medicamento a ser usado
(em caso de + de 02)

Maná Tante

Data da próxima troca:

30/03/19

Em caso de + de 24hs

01- 02- 01- 02-

Carimbo e ass.
do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

SAB-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS PER

Nome: Socorro de Jesus dos Santos Sexo: M Idade: 39 Anos
 Nº: 29103/AS Peso: 60 KG Altura: 1,65 m

Exame físico do paciente: LESÕES

Controle de cateteres e sondas: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Cateter central: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Cateter periférico: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Sonda vesical: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Sonda nasogastrica: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Sonda nasointestinal: SIM LOCAL: LOCAL DATA: 10/03/85

Identifique se há lesões: IDENTIFICOU SE HÁ LESÕES

Cabeça pescoço/ nível de consciência: CONSCIENTE

Nível de consciência: CONSCIENTE

Acuidade visual: NORMAL

Vias aéreas superiores: PERVASAS

Tórax e pulmões/ padrão respiratório: EXPANSÃO: SIMETRICO

Dor inspiratória: NÃO

Frequência respiratória: 18

Murmúrios vesiculares: PRESENTES

Ruídos adventícios: AUSENTE

Circulação/ cor da pele/mucosas: ROSA

Temperatura da pele: 36,5

Aparelho cardiovascular: REGULAR

Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO

Prescrição de enfermagem: 1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS

1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

1) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

1) MANTER CUIDADOS COM VAS

1) MANTER MANTENÇÃO

1) MANTER CASCERA ELEVADA

1) ASPIRAR VAS TOD

1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS

1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

1) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

1) MANTER CUIDADOS COM VAS

1) MANTER MANTENÇÃO

1) MANTER CASCERA ELEVADA

1) ASPIRAR VAS TOD

1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS

#Furônico 3.2.2019
 em 07:30h



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 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		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 (31/3/2019)
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		Dr. J. A. Soares
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		Dr. J. A. Soares
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

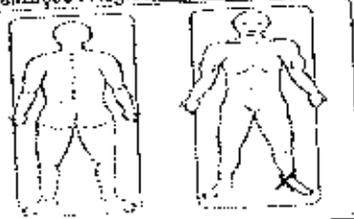
	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	110/70	74	23	36,7
18 H	130/90	78	20	36,0
24 H	125/80	68	20	36,1

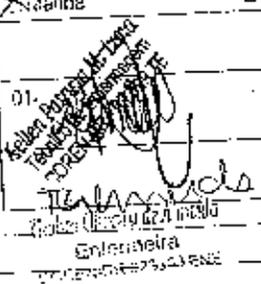
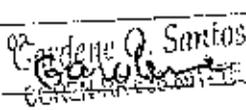
23.3.1964 110/70 73 35.4

21:00 - 146 mg/dl
 22:00 - 88 mg/dl
 06:00 - 194 mg/dl

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Nome: João Teodoro dos Santos

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: 
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"/> trauma - <input type="checkbox"/> outra: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico	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"/> trauma - <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> Serosossanguíneo <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 ao entrar no quarto <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <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 ao entrar no quarto <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <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 ao entrar no quarto <input checked="" 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"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima TCCP: Em caso de + de 24hs Corimbo e Ass. do. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do enfermeiro	Data da Próxima TCCP: Em caso de + de 24hs Corimbo e Ass. do. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do enfermeiro		

01:  **02:** 

OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Unives'ec, Sistema Program. Os pacientes com ul ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA 20/03 HORA

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA 20/03 HORA

18:00

MANHÃ
Paciente em leito. Sem queixas. Sem
AVP. Tala gessada em pé F. Não
interando com suco de leite
da. Avaliando ruídos SRRV
respirada. Pulso 62. Exame físico
e Sem desconforto. Trabalho de

MANHÃ
Paciente em leito. Não há queixas
de desconforto nem de

TARDE
DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE
DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:

Sem intercorrências

NOITE

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:

Paciente acordou. Não há queixas de desconforto
nem de desconforto. Exame físico

Assistente Social
Sistema de Informação
Tecnologia da Enfermagem
CAMPUS 1 - 11.9.15.11.11



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		MUCCO
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspensão
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)		POTUCCI
10	SSVV + CCGG 6/6 H		SA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SA
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	DEXTRO 8/8HS		100 mg 8/8
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		100 mg 8/8
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	75	18	36°C

RHA
Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DEXTRO 293 mg/dl.
DEXTRO feito 4 UI FE 3PM
152 mg/dl.

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
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 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 DIARIO	195
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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BFG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	122x81	82	20	37	+	0
12 H	140x80	75	17	36,6	+	0
18 H	130x80	72	18	36,3	+	0
24 H	128x76	68	18	36,3	+	0

14:45 Dextro - 195 slide
20:00 Dextro 189 mg/dl
20:00 Dextro 122 mg/dl

Dr. André da Silva Roraima
Téc. Enfermagem
CRMPEN-RR 551.948



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

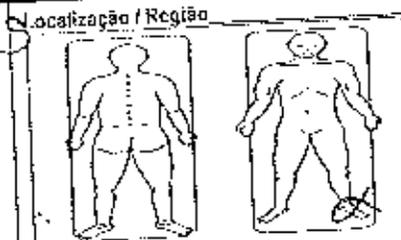
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: **João Teodoro**

DATA: **08/03/19**

GRAU - I
 GRAU - II



DATA:
 GRAU - I
 GRAU - II

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 Neuropática cirúrgica Trauma outra:
Comprimeto: _____ 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

Decor:
 Sim Não

Condição da pele Perifoneal:
 evidente na remoção da cobertura na beira do leito
 evidente ao entrar no quarto não ocorre

Solução para limpeza:
 Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (caso não haja lesão):
 Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

hora do curativo: Manhã Tarde

Data da Próxima troca: **09/03/19**

Em caso de falha do 24hs:
01- **valde** 02- _____

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 esfacelo
 Tecido necrótico Escara

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo

Sim Não

evidente na remoção da cobertura na beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras _____

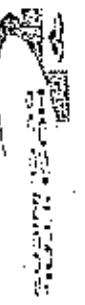
Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Manhã Tarde

OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e UnisaFec, Solutions Programs.
Em pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sonia Barão dos Santos HD _____
 DATA: 08/03/13 SEXO: M (F) IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 208 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO (x) LOCAL _____ DATA _____			<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	<input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	<input type="checkbox"/> MANUTER CUIDADOS COM VIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (x) LOCAL _____ DATA _____			<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER	<input type="checkbox"/> REALIZAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H	<input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (x) LOCAL _____ DATA _____			<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> MANUTER MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MANUTER MONITORIZAÇÃO
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (x)	DATA: _____			<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> MANUTER CÂBEREIRA ELEVADA	<input type="checkbox"/> MANUTER CÂBEREIRA ELEVADA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (x) NÃO ()	DATA: _____			<input type="checkbox"/> MEDO	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS 'TOT'	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS 'TOT'
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (x)	QUAL? _____ DATA: _____			<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO	<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO	<input type="checkbox"/> DESEQUILIBRADA	<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS E VÔMITOS	<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS E VÔMITOS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (x) LOCAL _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()				<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas	<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CAIEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				<input type="checkbox"/> TERAPEÚTICO	<input type="checkbox"/> TERAPEÚTICO	<input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	<input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				<input type="checkbox"/> AÉREAS	<input type="checkbox"/> AÉREAS	<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H	<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				<input type="checkbox"/> FACILGA	<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	<input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR	<input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA				<input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas	<input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÕES:	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÕES:
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBSTRUIDAS				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDemas	<input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDemas
OBST. _____				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA	<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> DIETA	<input type="checkbox"/> DIETA
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H	<input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS	<input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO	<input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO	<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORARUA () HIPERCORARUA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H	<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () INCRUCIANÓTICA				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO	<input type="checkbox"/> REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO
TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR PARA EXAMTS: CAR _____	<input type="checkbox"/> REALIZAR PARA EXAMTS: CAR _____
APARELHO CARDIOVASCULAR				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO	<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR DEMONSTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> REALIZAR DEMONSTRAÇÃO
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO
TESTE VERIFICADO: () NENHUM () SINTOMÁTICO () SINTOMATIZADO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO
TESTE VERIFICADO: () NENHUM () SINTOMÁTICO () SINTOMATIZADO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO
TESTE VERIFICADO: () NENHUM () SINTOMÁTICO () SINTOMATIZADO				<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> REALIZAR E REGISTRAR PERFUSÃO

Bula de Medicamentos
 Hospital das Clínicas RR

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	DM2
IDADE		LEITO	329
ITEM		DATA	2/4/2019
PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	manter	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	suspense	
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	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SIV	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SIV	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SIV	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	Rótina	
14	CURATIVO DIARIO	SN	
15	DEXTRO 8/8HS	14h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	22h	
17		16h	
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

DEXTRO

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	110/60	80	20	36,6	+	+ local
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/g



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 da Silva

DATA: 09/02/19 <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"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	Comprimento: _____ cm Larga: _____ 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:
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<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"/> Serossanguíneo
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	<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
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"/> 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		
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 02-		01- 02-
OBS:		OBS:	

OBS: 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.

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	S/N
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	S/N
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	de
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 > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	Raizina
14	CURATIVO DIARIO	S/N
15	DEXTRO 8/8HS	M
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	de
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, DEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120/70	78	18	—	r	—
12 H	120/70	77	18	36.6	+	+
18 H	120/70	71	19	35.6	+	+
24 H	130/80	74	19	—	+	+

DE DEXTRO
14hs → 150 mg/dl

130/80 → 330 mg/dl

de dextro 6:00 | 244 mg/dl

MANHÃ: _____ DATA: _____

MANHÃ: _____ DATA: _____

Paciente no leito no momento /
 Queixas: Relatado queixas no sentido do
 abdome. segue em unidade da Equipe
 de enfermagem
 Ass. e Carimbo: _____

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA: _____ HORA: _____

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:
 DATA: _____ HORA: _____

Fez contato no leito, comunicação com
 paciente e familiares e avaliação de
 em processo, deitamento e dieta
 com divisão e encaminhamento para
 o setor de fisioterapia

Ass. e Carimbo: _____
 DATA: _____ HORA: _____
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Ass. e Carimbo: _____
 DATA: 10/05 HORA: 22h
 ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:

Paciente em repouso no leito, mas
 se queixa para o momento
 Ass. e Carimbo: _____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCN. 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				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				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolins
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				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 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

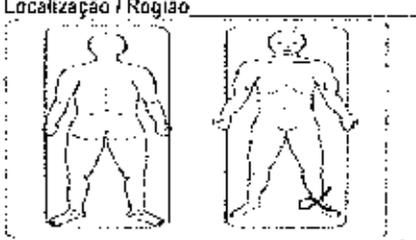
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1328/RR

	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

D E
Blau...
+ +
+ 0

DEXTRO
18hs - 134mg/dl
-
-

198 mg/dl 20h
118 mg/dl 06h

Nome: João Teodoro	
DATA: 11/03/19	Localização / Região 
GRAU - I GRAU - II	DATA: GRAU - I 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 checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Características do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabeço <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"/> Serososanguíneo
Dor:	<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
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: _____
Líquido 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: _____
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <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 09.07 <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	12/03/19
Duração do T do 24hs	
Nome e Ass. do enfermeiro Nome e Assinatura do enfermeiro	01- Valda Cabral de Silva Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547 02- Elza Lima Enfermeira COREN - RR 366834
OBS:	OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConivaFev, Solutions Programis.
 Os ferimentos com 92 na mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

HO *Problema de hemoglobina*

NOME: SARA RODRIGUES DOS SANTOS

DATA: 28/03/83 SEXO: MM (F) IDADE: _____

PESO: _____ KG, LETTO: 308

• 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"/> ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> DESQUILIBRADA <input checked="" type="checkbox"/> MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMAS <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 BRONCOASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input checked="" type="checkbox"/> INEFICIÊNCIA NA PREVENÇÃO DE QUEIMAS <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> DOR			
CATETER CENTRAL				<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>12</u> 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 checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE E 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 GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ HORAS <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO SAHND DE ASPERSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO-CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR LANÇANÇA DE DECÚBITO _____ H <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM _____ <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR REAVIVIAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTAR INTERFERÊNCIAS NA ATIVIDADE VITAL <input type="checkbox"/> CUIDADOS			
CATETER PERIFÉRICO							
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()							
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()							
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()							
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. OFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO							
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO							
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () DIMINUIDA							
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA							
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS () OSTRUÍDAS							
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA							
ORÇ:							
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO							
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO							
MUDANÇAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES							
TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO							
RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS							
CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:							
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA							
<input checked="" type="checkbox"/> CAMÓTICA () ACANÓTICA () JACROCANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FURIFORME							
PULSO: () NORMALCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO:							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
ZÓTILO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO ()							
PULSAÇÃO: () NORMAL () AUMENTADA () DIMINUIDA ()							
ESTRÓMAGO: () NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO ()							
ESTRÓMAGO: () NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO ()							

[Handwritten signature]



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				SND
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				DE
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				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

	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	120/85	66	20	36°C

DESTINO +
432 mg/dl

Uremia

14:00 com 185mg/dl

22h e-Licença 30/05/19
ferro 600 mg

06/04/2019



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

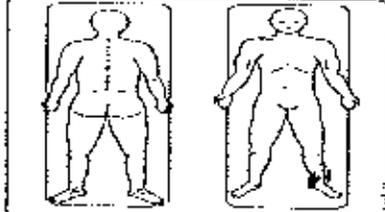
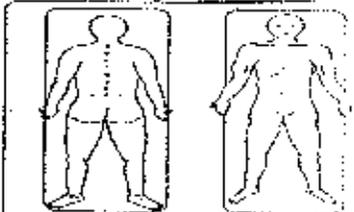
Versão:06

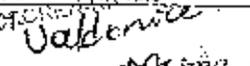
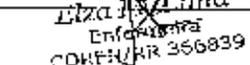
Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: **João Teodoro dos Santos**

DATA: 13/03/19 <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: _____	<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 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 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 checked="" 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 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 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: _____	<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 08:30 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: 13/03/19 Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Valdenice	01- 02-
Carimbo e Assinatura de Enfermeiro  Elza Marina Enfermeira COREN/PR 356839	

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 RR

NOME: Donacil José da Silva dos Santos HD _____

DATA: 23/03/15 SEXO: M (F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 305 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA	
CATER 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?			



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 PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () MÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO RESPIRATORIO: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:
 MÚLTIPLAS () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CANGÓTICA () ACIDOTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () 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 ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELAENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DILATASE:
 (X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTORTIONA () SV2 () LIBRADA () CONCENTRADA
 () ICTERATÚRIA () COLÍTICA () QUÍGUA () POLÍGUA () DÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- (X) ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENRENHAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- (X) RISCO PARA QUEIDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- (X) 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
- (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS /TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- (X) ATENTAR PARA QUEIMAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 DEXTRNO _____ HORAS
- (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- (X) ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES ENR: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

Elaborado por: Elaine M. L. Pereira
 2009/03/23 20:58:39

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
MANHÃ: DATA 27/07 HORA 11h

Paciente estável na sala guelxo algica
falta náuseas e vômitos, ou febre
na internação, fêmur fratura
múltipla.

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:
Diana Aparecida
CORREIA

DATA: 27/07 HORA: 11h

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:
DATA: 27/07 HORA: 11h

AMUTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA 27/07 HORA 11h

Sintetizar e seguir as
cuidados de enfermagem

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
GABRIELE D. SOUZA
CORREIA

DATA: 27/07 HORA: 11h

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA: 27/07 HORA: 11h

Paciente em no estado de
falta náuseas e vômitos de
enfimagem.

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
Diana Aparecida
CORREIA

Realizar o SSVV + DXT (Alta e
Pte) Paciente sem náuseas e vômitos de
segundo os cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
Diana Aparecida
CORREIA

DATA: 27/07 HORA: 11h

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:

Realizada no Salão Quarta em 14/04/2010
Bairro de São Carlos, com a presença de todos os
Senhores, após a leitura da ata
Normas São João com a presença de todos os
Senhores, com a presença de todos os

Realizado Sessão de 14/04/2010
Seguir com a realização de planejamento

TARDE: DATA / HORA
ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

TARDE: 18.15 DATA / HORA
ASS. E CARIÓTIPO-TEC. ENFERMAGEM

Paciente em tratamento com medicação
descrita em anexo. A ser realizada
de enfermagem

NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIÓTIPO-TEC. ENFERMAGEM

Realizada no Salão Quarta em 14/04/2010
Bairro de São Carlos, com a presença de todos os
Senhores, após a leitura da ata
Normas São João com a presença de todos os
Senhores, com a presença de todos os

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO-TEC. ENFERMAGEM



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	5/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				montar
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 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				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:

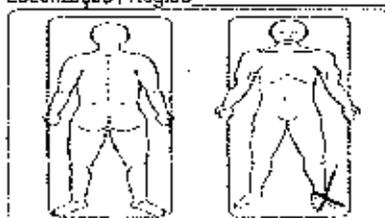
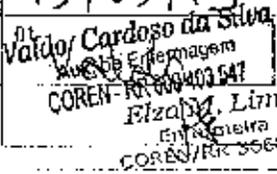
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	118x79	68	18	37	+	128 mg/dL glicose
12 H	130x80	61	20	36.6	+	+
18 H	150x80	82	19	36.5	+	+
24 H	150x73	78	20	37	+	+

44% DEXTRO + 7.1 mg/dL.
232 mg/dL

Dr. Gustavo Di Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 16.151/ROE-022

	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 das Santos					
DATA: 12/03/19 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"/> Encéfalopática <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"/> Encéfalopática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odeor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <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"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <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"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGF	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGF		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGF	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGF	
Tipo de curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tampo	<input checked="" type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tampo		<input type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tampo	<input type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tampo	
Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs	13/03/19				
Carimbo e ass. do Enfermeiro Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Valdir Cardoso da Silva Enfermeiro COREN-RR 000402547		02-	02-	
OBS:			OBS:		

OBS: este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conca/Te, 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: WILSON GONCALVES DOS SANTOS ID: _____

DATA: 22/03/15 SEXO: M JF _____ IDADE: _____ PESO: _____ KG, LENTO 305 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS LOCAL DATA LESÕES

CATER PERIFÉRICO SIM () NÃO (x) LOCAL DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (x) LOCAL DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (x) NÃO () LOCAL DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (x) LOCAL DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FURATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (x) LOCAL DATA

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: FÉRRIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () PREGÁVEL () PRECÁRIA

TOIRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOIS INSPIRATORIAIS: SIM (x) NÃO ()

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSCULTES () RUSSOS () SIBILOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

MOEDADA () ÚMIDA () RESSECADADA () CÍANÓTICA () HIPERCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INEPCACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() MODULADOR FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTIMULA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 10 H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS ATÉ

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEDAS ALGICAS

() ATENDER PARA MÚSCULAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PRUNÇÃO PÉRFERICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

() ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVARJINA

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

() DIETA

() MANTER JEJUM A PARTIR DAS 12 HORAS

() REALIZAR DEXTRO 1 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPENÇÃO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 H

Elza M. Pereira
Enfermeira



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	DM2
IDADE	LEITO	329	DATA
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	SSVV + CCGG 8/8 H		ROTTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		
15	DEXTRO 8/8HS		14:00
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 CIRURGICA

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	+	+

Jeoadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 55.1943

DEXTRO 14:00 → 18U mg/dl
DEXTRO 22:00 → 254 mg/dl → REAJUSTAR CORREÇÃO.
DEXTRO 06:00 → 30U 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"/> Neurológica <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 type="checkbox"/> seco, salino <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"/> Serosanguineo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguineo	
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 boira 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 boira 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/RR 306280		
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solution Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Soraia Roberto dos Santos HD _____

DATA: 14/03/13 SEXO: M () F () IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 328 • 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: _____
 SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES



LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA 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: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
 VIAS AERÉAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRAZÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____
 TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCUNSCRIÇÃO/COR-DA-PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPERCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CAMOÍTICA () ACRÓCIAMÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUÇÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VIBG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/RÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELÉNA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUVERSE:
 () ESPONTANEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIADA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚRICA () GLOSSÚRIA () POLÚRIA () DULCINA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENERENTAMENTO 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
- () AUTODESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO ALTO 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 DIMINUÍDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AERÉAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 h
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUERAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUÇÃO 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 ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO _____ h
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ h
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

Handwritten signature and stamp

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGLIN

Unifólio Traders dos Santos

RD: Fátima

MT E

DATA:

01/04/19 SENO: Km. 11 Bico. 313 - 324

ÁREA DE CUIDADO

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

	4	3	2	1	SOMA/TÓRNO
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/canuleta de oxigênio	Uso intermitente de máscara/canuleta 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	Movimenta todos os segmentos corporais	1
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Articulação	1
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Adequado	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	Adequado	1
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Adequado	1
Terapêutica	Uso de drogas vasopressivas	E.V. contínua ou através de SNG/SNE	E.V. intermitente	LM ou V.O	1
TOTAL:					13

Assistente Social: *W. S. S. S.*

Assistente Social e enfermeiro do profissional:

Assistente Social: *W. S. S. S.*

Complexidade Assistencial: *Port. 1*

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	DATA
	329	8/4/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manuten
3	CÉFEPIME 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	SSVV + CCGG 6/6 H	Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN
14	CURATIVO DIARIO	ob
15	DEXTRO 8/8HS	20.06
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
6H	132x84	72	18	36.0	+	+
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

22:00h relata
 necessidade de administração
 de insulina
 (D) para superior
 que foi tomada
 metformina.

Dr. Pedro Di Giovanni
 CRM/RR 1615
 RQE 684



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

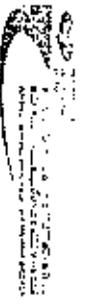
Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 15/03/19 <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 checked="" type="checkbox"/> Diabética 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 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 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
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	<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"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Cor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<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 hora 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 hora 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 hora 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 / Ruivo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Ruivo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Ruivo <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 1% <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 type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: D. Tópico	<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: _____	<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	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	16/03/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Valdo Cardoso da Silva Enfermeiro COREN-PR 403547	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Elza Lima Enfermeira COREN/PR 386938		
OBS:		OBS:	

Obs.: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Guayá, Soluções Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Lucas T. dos Santos

HD

DATA: 15/08/19 SEXO: M () F IDADE

PESO

LETO

39,8

ALÉRGICO ?

DIAGNÓSTICO: _____ PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		
CONTROLE DE CATETRES E SONDAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		
CATER central	<input checked="" type="checkbox"/>				
CATER PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>				
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 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 AERÉAS SUPERIORES: PERVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX: E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO: _____
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚROS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/AUCOSAS: _____
 HIDRATADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACMIÓTICA () MACROCIANÓTICA

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 ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO
 RUA: () AUSENTES () PRESENTES ABOOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELEMA

APARELHO GENITURINÁRIO/OURORE: _____
 ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () GASTOSTOMIA () SVD VAMPICA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚRICA () OIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENRENAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () RISCO PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS
 () 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
 () DDR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTELIGÊNCIA DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS:

() MANTER VIAS AERÉAS PERVIAS
 REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
 () ASPIRAR VAS /TDT _____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
 OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
 () REALIZAR CONTROLE E HÍDRICO DE _____ 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: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
 ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
 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

DATA 15/07/2019 HORA 07:00

Paciente atendida, sem queixa algua
Sem maiores queixas, ruído normal
Admite em febre, evoluindo bem
função fisiológica normal

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE DATA 15/07/2019 HORA 14:00

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOTA DATA 15/07/2019 HORA 17:00

Os sinais vitais mantidos satisfatórios
Paciente continua com febre
em nível moderado
sem maiores queixas
função fisiológica normal
em nível moderado

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA 15/07/2019 HORA 07:00

Paciente em queixa de febre
sem maiores queixas
de ruído normal
função fisiológica normal

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

TARDE DATA 15/07/2019 HORA 14:00

Paciente no leito com queixa de
febre, sem maiores queixas
de ruído normal
função fisiológica normal
em nível moderado

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NOTA DATA 15/07/2019 HORA 17:00

Paciente em leito com queixa de
febre, sem maiores queixas
de ruído normal
função fisiológica normal
em nível moderado

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

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	9/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
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				do
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				do
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				do
15	DEXTRO 8/8HS				do
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				do
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 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	36,60	-	-
24H	130x80	73	17	36,2	-	-

ter. Receber - Análise

12h Dextro 14g mg/dl
 18h Dextro 116 mg/dl
 24h Dextro 91 mg/dl

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA 17/01/2016 HORA 10:00

ACIDÓBIA 9:50 h - PST. MELHIA. ORIENTADO
NO TEMPO E ESPAÇO COMUNICA. SE
GERALMENTE, NECTA ALGIDA, ESTABEL,
SI INTERCORRÊNCIA.

[Signature]

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

DATA: / / HORA:

TARDE:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA 17/01/2016 HORA 10:00

Pacite no leit fpt 1 medice
em deca de embucao de
Segue sol. c/ dados de o/pne

[Signature]

Talita de Souza Santos
Técnica de Enfermagem

ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:

DATA: / / HORA:

TARDE:

NOITE: DATA: / / HORA:

paciente no leite 5/ acesso venoso
no momento 5/ glicose. Diuresis
prezente + Evacuavel Administrado medica
c/ os seguintes prescricoes medica

[Signature]

ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

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					
ALÉRGICAS	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					Rolona
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG					SN
14	CURATIVO DIARIO					SN
15	DEXTRO 12/12HS					12:00
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 UIE 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	29	37,0	+	+
18H	140x80	91	18	36,0	-	+
24H	130x80	70	18	36,3	-	+

DR. PEDRO DI GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

*Calceol + acetilcolina -
 de 250 a 238 mg/dl.*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1

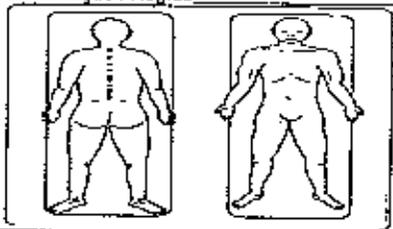
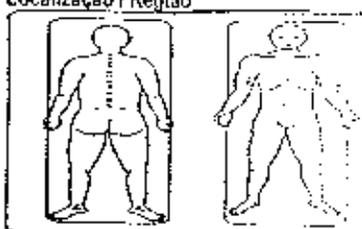
Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro das Santos

DATA: <u>09/04/19</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 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 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 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 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	<u>10/04/19</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Valdeci Cardoso da Silva</u> Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547	02-	02-

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConivaTec, 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: Paulo Roberto dos Santos HD Divisão

DATA: 17/03/19 SEXO: M F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 329 *ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------	--------	-------------	--------------------------

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------------	--------	-------------	--------------------------

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-----------------	-----------------	-------	------	--------	-------------	--------------------------

CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------	-----------------	-------	------	--------	-------------	--------------------------

SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------------	-----------------	-------	------	--------	-------------	--------------------------

SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------	-----------------	-------	------	--------	-------------	--------------------------

SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-------------------	-----------------	-------	------	--------	-------------	--------------------------

DRENOS*	SIM () NÃO ()	QUANTO	DATA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------	-----------------	--------	------	--------	-------------	--------------------------

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------	--------	-------------	--------------------------

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
----------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

CARGA PESCOO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUIDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

TOPOX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-----------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-----------------------------------	--------	-------------	--------------------------

REQUISIÇÃO: () EUPNÉICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
----------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () BOMBOS () ESTERTORES () SIBILOS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-----------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
---------------------------------	--------	-------------	--------------------------

() HIDAÍADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CIBADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------	--------------------------

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA 7 HORA

TARDE: DATA 7 HORA

NOITE: DATA 7 HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 7 HORA

TARDE: DATA 7 HORA

NOITE: DATA 7 HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Realizado exame físico e vital
signos vitais normais.

Realizado exame físico e vital
signos vitais normais.

Realizado exame físico e vital
signos vitais normais.

Ass. de Enfermagem
Técnicas em Enfermagem
COREN-PR 12

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	CÉFEPIME 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				Rolins
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/RJ 1615
 RQE 684

Téc. Responsável: *[Handwritten Signature]*
 Maria Lúcia da S. Lima
 Téc. de Farmácia
 COREN-RJ 207.946

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	120/85	100	20	36,0	-	+

06 de dextro 130mg/12h

Maria Lúcia da S. Lima
 Téc. de Farmácia
 COREN-RJ 207.946

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Lucas Roberto dos Santos HD 329
 DATA: 18/03/19 SEXO: DM () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 * ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS			
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (x) LOCAL	DATA	
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (x)	DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)	DATA: _____		
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (x)	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			
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (x) LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III			
CABEÇA PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERIA () COMATOSO () DESORIENTADO			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: (x) NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (x) NORMAL () DIMINUIDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (x) FÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (x) RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (x) NÃO			
FREQUÊNCIA: (x) EURIPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: (x) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			
CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS:			
(x) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICHA			
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIACA () HIPERTERMIACA () HIPOTERMIACA			
ZAPARELHO CAROTIDIANO			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (x) NORMAL () DIMINUIDA			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUFORME			
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____			
APARELHO GASTROINTESTINAL			
ABRTE: (x) DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO			
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGI PALPÁVEL			
FLUMINAÇÕES / NÚMEROS / EPISÓDIOS: (x) NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELAENA			
APARELHO GENITURINÁRIO / URESE:			
(x) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOTÓMIA () SVD () ÚMIDA () CONCENTRADA			
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () HEMATURIA () EQUÍRIA () DISURIA () ANÚRIA			
DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INECCÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		(x) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H	
() TROCA GASOSA PREJUDICADA		() MANTER MONITORIZAÇÃO	
(x) ANSIEDADE		() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____	
() MEDO		() ASPIRAR VIAS TQT _____	
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
() RISCO PARA NUTRIÇÃO		(x) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS	
DESEQUILIBRADA		() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA	
(x) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H	
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
() FADIGA		(x) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SANGAGEM	
(x) RISCO PARA QUEDAS		() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL	
() RISCO PARA LESÃO		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA	
() AUTOESTIMA PERTURBADA		() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H	
() DIARREIA		() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS	
() CONSTIPAÇÃO		(x) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO	
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		() ORIENTAR AUTOCUIDADO	
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO		() REALIZAR BANHO NO LETO _____ H	
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H	
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		(x) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
() DOR		() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____	
() HIPOTERMIA		() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
() HIPERTERMIA		() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA	
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO		() OUTROS _____	
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA			
() CONFORTO PREJUDICADO			
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO			
() OUTROS:			

Assinatura do Enfermeiro

 Enfermeiro

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		JOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Realizada atividade com o paciente com o intuito de avaliar a evolução, higiene pessoal, sono, alimentação, mobilidade e cuidados pessoais (vermelhos).</p> <p>Sem alterações contínuas.</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Paciente em quimioterapia. Verificação de sinais vitais. Siga o plano de cuidados de enfermagem.</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>

Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: / / HORA: :

Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: / / HORA: :

Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: / / HORA: :

Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: / / HORA: :

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					SAH
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					SU
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SU
8	OMÉPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SU
14	CURATIVO DIARIO					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/E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dor em ombro
Sol. Rox.
DEXTRO
100 99 mg/dl

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112x85	66	20	36,4	+	+
12H	120x80	64	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

Daniela da S. Palmeira
 Téc em Enfermagem
 Coren-RR 437410 TE

Daniela da S. Palmeira
 Téc em Enfermagem
 Coren-RR 437410 TE

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO DA SILVA DOS SANTOS HD _____

DATA: 25/03/15 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG LETO 305 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)	DATA: _____			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____			
DRENOS? SIM () NÃO (X)	QUAL? _____			
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 (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()				
CABEÇA PEÇOÇO/ 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: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUICAL: () FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA				
OBS: _____				
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO				
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
(X) HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				
() CÍANÓTICA () ACANÓTICA () JACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: (X) NÓRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA				
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME				
PULSO: () NÓRMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO				
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG PALPÁVEL				
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELECA				
APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE:				
(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTONOMA () SVD JÚMPIDA () CONCETRADA				
() HEMATURIA () LEUCURIA () QUIGURIA () POLQUIA () PUQUIA () DISURIA () ANÚRIA				



DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>10</u> H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
(X) ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VAS TGT _____
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGEMAS
DESEQUILIBRADA	(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
(X) RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() DIARRÉIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() CONSTIPAÇÃO	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	(X) REALIZAR BANHO NO LENTO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() DOR	() PREPARAR PARA EXAMES EN: _____
() HIPOTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() HIPERTERMIA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OUTROS _____
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
() CONFORTO PREJUDICADO	
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
() OUTROS:	

Assinatura: _____
 Nome: _____
 Cargo: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA 15/03 HORA 08:00

Paciente estável com febre, admissão
na sala de observação com sinais vitais em
normais. Sem intercorrências. Boa tolerância
aos cuidados de enfermagem. Sem sinais de
complicações.

TARDE:

DATA 15/03 HORA 14:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA 15/03 HORA 22:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA 15/03 HORA 08:00

Paciente em quarentena isolada. Verificar
a cada 4h a temperatura. Sem sinais de
complicações.

TARDE:

DATA 15/03 HORA 14:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Segue em quarentena sem alterações.

NOITE:

DATA 15/03 HORA 22:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em quarentena isolada. Verificar
a cada 4h a temperatura. Sem sinais de
complicações.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Te. Enfermagem
COPSA - PR-10112512



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

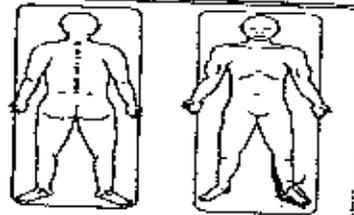
Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 324

Nome: Jão Teodoro dos Santos

DATA: 30/03/19

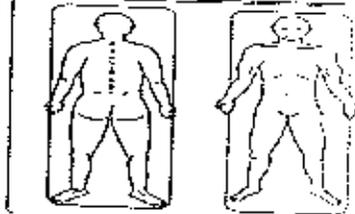
GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região



DATA:
 GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Cirúrgica Trauma 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 Serossanguíneo

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: Poligénase

Hora do curativo: Manhã 10:06 Tarde

Data da Próxima troca: 30/03/19
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- Elizabete Lima Enfermeira COREN/RN 366039

OBS:

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 Escara

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

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: _____

Hora do curativo: Manhã Tarde

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- _____ 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 evoluídas separadamente.

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					TRUSS
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 A 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/DML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<p><i>Luís médico</i></p> <p><i>Pedro 15-04-19</i></p>						

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H		<i>ausente</i>				
24H		<i>ausente</i>				

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SONIA AUGUSTO DA SILVA

DATA: 20/03/13 SEXO: (X) M () F IDADE: _____

PESO: _____ KG. LEITO: 325

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
DRENOS?	SIM (X) NÃO ()	QUAL?	DATA



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 () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) POUQUÍVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR RESPIRATORIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/CDR DA PEE/MUCOSAS:

(X) HIPEREMÁTICA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACRÓCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIVE PALPÁVEL
ELIMINAÇÃO/ÚMIDOS/PRISÓRIOS: (X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIV. RESE:
(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSIOMIA () SVD () LIMPIA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () GLÓBULOS () LEUCÓCITOS () HEMÓCITOS () PURÚRIA () DISURIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- (X) ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESCOUBRIDA
- (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () PADRÃO
- (X) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- (X) 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
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDIACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 10/10 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- (X) ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
- (X) ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
- (X) OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:
- (X) 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
- (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () REORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
- (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULADO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS

Assinatura do enfermeiro: _____
COPIAR

Licença Médica
15/04/19

LM
JOÃO

Prescrição
de alta
em 20/19 -
08:30

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 **SN**

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**

14 CURATIVO DIARIO **M**

15 DEXTRO 12/12HS **18/06**

16 AMITRIPTILINA 25MG VO A 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:

Prescrição de Licença Médica

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120x90	86	-	35	+	+
12H	<i>Licença Médica</i>					
18H						
24H	120x90	89	18	-	+	+

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Judson dos Santos

DATA: 22/03/88 SEXO: M M (1) F IDADE: 39 ANOS PESO: 50 KG LETO: 329 HO: 1

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() RISCO DE INJEÇÃO	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() MANUTENÇÃO VAS AÉREAS PERVAS	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
SONDA VESICAL SIM () NÃO () LOCAL DATA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>2</u> L
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () LOCAL DATA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO () LOCAL DATA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
DRENOS: SIM () NÃO () LOCAL DATA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. EMIATOMIA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL DATA	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CARÊÇA PERCUTIDA/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: N () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉLVICAS () OBSTRUÍDAS		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
OBS:		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
FREQUÊNCIA: () EUNOMICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
HORA/TODA: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEA () RUBRIZADA () CETERICA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () IACTOCIANÓTICA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HÍPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
APARELHO CARDIOVASCULAR		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FIL FORMAL		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PULSO: () MORBIDAMENTE () EQUILIBRADO () FRACO/CAVADO () AUSENTE		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
LOCAL DO PULSO:		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
APARELHO GASTROINTESTINAL		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
APETITE: () BOLO () FALTA () AUMENTADO		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () INTERMEDIÁRIO () RUIM		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ESTADO DE HÍDRATAÇÃO: () BOM () INTERMEDIÁRIO () RUIM		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ESTADO DE EQUILIBRIO ACÍDICO-BÁSICO: () BOM () INTERMEDIÁRIO () RUIM		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ESTADO DE EQUILIBRIO ELÉTRICO: () BOM () INTERMEDIÁRIO () RUIM		() INEFICÁCIA DE ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA QUEIMAS AIGÓICAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() RISCO PARA ATIVIDADE AÉREAS	() MANUTENÇÃO DE VAS	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

Assinatura: [assinatura]

LABORATÓRIO

Recebiu no laboratório de Genética Celular e Mitocondrial. Encontra-se no estágio de 10 dias de cultivo em placas de 96 poços. Com 100% de confluência. Não há sinais de contaminação. O meio de cultura contém 10% de soro de cabra e 10% de soro de vaca. O pH do meio é 7,2. O meio de cultura contém 10% de soro de cabra e 10% de soro de vaca. O pH do meio é 7,2.

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:

Realizado em paralelo com o teste de PCR para a detecção de DNA mitocondrial. O teste de PCR foi realizado com sucesso. O resultado do teste de PCR é positivo.

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:

Realizado o teste de PCR para a detecção de DNA mitocondrial. O teste de PCR foi realizado com sucesso. O resultado do teste de PCR é positivo.



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 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: LI GRAU - I LI 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 checked="" 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 estacado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacado <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 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
Dor: <input 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 checked="" type="checkbox"/> a boira 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 boira 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 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 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 11:23 <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: em caso de 1 de 24hs 22/03/19	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <i>Elaine Lopes de Sousa</i> 02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro COREN-RR 947.956.99	

OBS:

OBS:

OBS: documento arquivado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ComaFer, Substâncias Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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
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				Postina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				DU
15	DEXTRO 12/12HS				18 20
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:

BEG

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	115/75	73	20	36,5	+	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR-1615
RQE 684

Exames + sinais
06:00hs 128 mg/dl

Maria Lúcia de S. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 297.845

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 16/11/2011 HORA: 14h

Paciente acordou tranquila sem queixas
nao necessita de medicação. Toma leite com
açúcar e banana. Sem náusea ou vômito. Sem
febre. Sem dor abdominal. Sem
diarreia. Sem alteração de consciência.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA: 16/11/2011 HORA: 14h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 16/11/2011 HORA: 14h

Paciente acordou tranquila com leite. Sem
queixas adicionais. Segue com medicação
sem alteração de consciência.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

TARDE: DATA: 16/11/2011 HORA: 14h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em repouso sem
intercorrências. Fe. 36,6°C

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

NOITE: DATA: 16/11/2011 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: 16/11/2011 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem queixas, com
suavização dos sinais vitais. Sem
febre. Sem dor abdominal. Sem
diarreia. Sem alteração de consciência.
Sem náusea ou vômito. Sem
alteração de consciência. Sem
alteração de consciência.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - 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: João Teodoro dos Santos

DATA: 28/03/13 <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 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"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	
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 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 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: <i>Indragel</i>		<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 28/03/13			
Carimbo e Ass: 01- <i>Elvise Lopes</i> Téc. em Enfermagem COREN-PA 447 936 77		02- 01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convalee, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

HC



SECRETARIA DE SAUDE 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
IDADE		LEITO	329 DATA 16/4/2019
PRESCRIÇÃO			
ITEM			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		18
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		18
10	SSVV + CCGG 6/6 H		18
12	CAPTAPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		SN
15	DEXTRÔ 12/12HS		18
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		18
17			18
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
06H	110/70	74	19	36.4	-	-
12H	130/80	77	17	36.9	+	+
18H						
24H	106/65	77	19	36.4	+	+

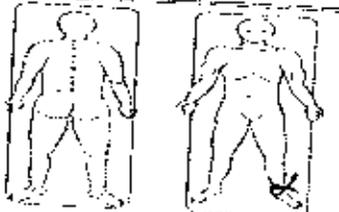
Dextrô 18hs → 138 mg/dl
Dextrô 24hs → 193 mg/dl

17.4.19 6.00 Dextrô 119 mg/dl

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 16/04/19

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - II

Idade

História da Ferida

Tempo decorrido

Características da lesão

Tipo de exsudato

Odor

Localização da pulso

Periférico

Temperatura local

Deformação local

Deformação global

Deformação

Deformação

Deformação

Deformação

Deformação

Deformação

Pressão: I - II - III - IV Menor - Normal - Diabético
 Neuropatia: I - II - III - IV Menor - Normal - Diabético
 Comprimento: _____ cm Largura: _____ m
 Profundidade: _____ cm
 Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico
 Seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante
 Seroso Fibinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo
 Sim Não
 evidente na remoção da cobertura boira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor
 Normal Macerada seca Edema / Rubor
 Prurido Outras

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outros
 Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfaziazina de Prata
 AGE Outros
 Lenha Tardo

17/04/19
 Valdo Cardoso da Silva
 Enfermeiro
 COREN - RR 000 403 547

DATA:

II GRAU - I

III GRAU - I

Localização / Região



Pressão: I - II - III - IV Menor - Normal - Diabético
 Neuropatia: I - II - III - IV Menor - Normal - Diabético
 Comprimento: _____ cm Largura: _____ m
 Profundidade: _____ cm
 Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico
 Seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante
 Seroso Fibinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo
 Sim Não
 evidente na remoção da cobertura boira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor
 Normal Macerada seca Edema / Rubor
 Prurido Outras

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outros
 Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfaziazina de Prata
 AGE Outros
 Lenha Tardo

30- 37-

Este formulário é um padrão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e deve ser usado em todas as unidades de saúde. Estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia Helena dos Santos HD _____
 DATA: 26/04/13 SEXO: NM () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 328 * ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL-SIM ()	RAO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA-SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA VASOENTRAL-SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?	DATA:	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: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALENTE () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERFÉRIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAI: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO RESPIRATORIO: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVERTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERIORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:
HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCÓRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: MITERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA ()

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () 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 () V.M.G. PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () MORVAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA
 APARELHO GENITURINÁRIO/ URINÁRIO:
 () ESTIMULADA () OBSTRUÍDA () SEM () INIBIDA () CONTINUA
 () HEVÉNTICA () ESCURVA () QUINURA () POLIÚRIA () ISQUIRIA () PRURIDO

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INECCÃO
- () 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 TERAPÊUTICO
- () DESORSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTGESTIMIA 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
- () DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DANO CARDÍACO DIMINUIÇO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANUTER MONITORIZAÇÃO
- () MANUTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS ATQI
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍFRICO 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 DEXTRÓ _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ESPRESSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS:

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 10/01/2014 HORA: 10h

Paciente no leito 204, Suíte 204. Paciente com sinais vitais estáveis, hidratação S.V.V. Refere boa qualidade de sono. Sem febre, tosse, náusea ou vômito. Sem dor abdominal. Sem alterações na ausculta pulmonar. Sem alterações na ausculta cardíaca. Sem alterações na ausculta abdominal. Sem alterações na ausculta vascular. Sem alterações na ausculta gástrica. Sem alterações na ausculta vesicular. Sem alterações na ausculta intestinal. Sem alterações na ausculta hepática. Sem alterações na ausculta vesicular. Sem alterações na ausculta intestinal. Sem alterações na ausculta hepática. Sem alterações na ausculta vesicular. Sem alterações na ausculta intestinal. Sem alterações na ausculta hepática.

FELIZ P. CARVALHO
ENFERMEIRO

TARDE

DATA: 10/01/2014 HORA: 14h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 10/01/2014 HORA: 12h

Paciente em unidade. Sem queixas, não referido S.V.V. cpm. Segue aos cuidados da equipe.

FELIZ P. CARVALHO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

TARDE

DATA: 10/01/2014 HORA: 18h

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Pac. no leito 204, Suíte 204. Paciente com sinais vitais estáveis, hidratação S.V.V. Refere boa qualidade de sono. Sem febre, tosse, náusea ou vômito. Sem dor abdominal. Sem alterações na ausculta pulmonar. Sem alterações na ausculta cardíaca. Sem alterações na ausculta abdominal. Sem alterações na ausculta vascular. Sem alterações na ausculta gástrica. Sem alterações na ausculta vesicular. Sem alterações na ausculta intestinal. Sem alterações na ausculta hepática.

FELIZ P. CARVALHO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NOITE

DATA: 10/01/2014 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Paciente em unidade. Sem queixas, não referido S.V.V. cpm. Segue aos cuidados da equipe.

FELIZ P. CARVALHO
ENFERMEIRO

NOITE

DATA: 10/01/2014 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Paciente em unidade. Sem queixas, não referido S.V.V. cpm. Segue aos cuidados da equipe.

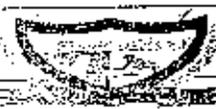
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

JOÃO 14-05-19. Tendo

HC

329

 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	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				06:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolins
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 U/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 12/12HS				18:00
16	AMI'TRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
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 DLML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	P
6H	110x80	87	23	36.6	+	-
12H	120x90	80	17	36.9	+	+
18H	120x80	78	18	37.0	-	-
24H	137x85	67	20	36.6	+	+

10h DEXTRO 138 mg/dl

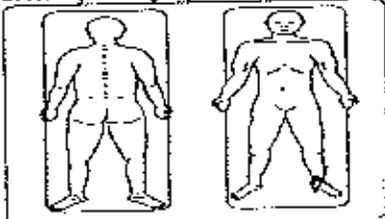
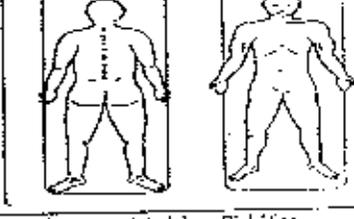
DR. PEDRO DI GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18h DEXTRO 1181 mg

Carolina da Silva Rocha
FARMACIA
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: <u>17/04/19</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 
Efologia <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 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 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 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 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>18/04/19</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- <u>Valdo Cirqueira da Silva</u> Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547	02- _____	01- _____	02- _____
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.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____

ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS		
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL LOCAL DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL LOCAL DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____ DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____ DATA: _____	
SONDA NASOENTERRAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____ DATA: _____	
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____	



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDRIANA 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

PULSAIS: () REGENTE () NÃO REGENTE () ISOCÓRICAS () AMISOCÓRICAS () DIMINUIDA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBRSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBES: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EQUIVÁLENTE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTE () PRESENTE

TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NOSMÁCARDIO () TAQUICÁRDIO () BRADICÁRDIO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.M.A. () AUSENTE () PRESENTE

ABDOMEN: () SÓLIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGUE PALPÁVEL

Al. Intest. () NORMAL () PRESENTE () AUSENTE

Al. Intest. () NORMAL () PRESENTE () AUSENTE

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

AL. Intest. () NORMAL () PRESENTE () AUSENTE

Al. Intest. () NORMAL () PRESENTE () AUSENTE

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEFCIZ

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFCIZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() INFERNAMENTO INEFCIZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFCIZ

TERAPÊUTICO

() DESDISTRUBUIÇÃO INEFCIZ 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

() INTIGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() SINCROA DO SONO PREJUDICADO

() NUTRIÇÃO PREJUDICADA

() COMORTO PREJUDICADO

() PRE-OCORRÊNCIA PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANTER MANTORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS TÓT _____

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEDAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSSÃO 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 ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÓRTO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO MARIÓ

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS _____

PREJUDICADO

() INEFCIZ

() PRE-OCORRÊNCIA PREJUDICADA

PREJUDICADO

() INEFCIZ

() PRE-OCORRÊNCIA PREJUDICADA

PREJUDICADO

() INEFCIZ

() PRE-OCORRÊNCIA PREJUDICADA

MANHÃ: NOTURNO DO ENFERMEIRO DATA: 10/05/2013

Paciente estável. Duração sem febre
alívio no momento. Urina, diurese
adequada sem alteração de somas
fisiológicas normais. Sem vesículas
de origem sem intercorrências.

TARDE: ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA: :

NOITE: ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA: :

ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ: ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA: 10/05/2013

Paciente estável, sem queixas
relatadas. SSVV em ordem. Seguir com
cuidados de rotina.

[Handwritten signature]
Téc. Enfermagem
COREN-PR 551.943

TARDE: 15:30 ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: / HORA: :

Paciente em repouso sem queixas
relatadas.

[Handwritten signature]
Téc. Enfermagem
COREN-PR 551.943

NOITE: ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: / HORA: :

Paciente no leito 51. Queixas
relatadas: dor no abdômen, febre, diurese
adequada. Seguir com cuidados de rotina.

[Handwritten signature]
Téc. Enfermagem
COREN-PR 551.943

ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM 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	18/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					3x/d
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 MIMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					SN
15	DEXTRO 12/12HS					06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					06h
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 UTE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PCG

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/82	95	20	36°C	-	+
12H	130/80	100	20	36.6	+	+
18H	20/70	87	18	36.6°C	+	+
24H	120/80	77	20	36	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18/4/2019
06h



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: 15.04.19 <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 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 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	<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	<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	<input 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	<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	<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 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 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: _____
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
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Andréa Gomes Gonzaga Tcc Enfermagem 01-02-2019		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01-02-2019 COREN RR 630 058	01-	02-
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Urubici e CouvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 62 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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	19/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DÍPIRONA 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				(05)
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SN				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Katna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG SN				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRÓ 12/12HS				(18) (20)
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:

BEG

lauret de Liliang médica

Em...

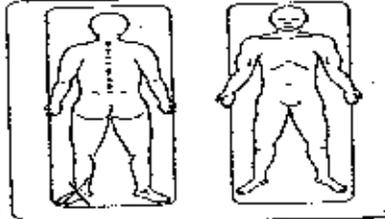
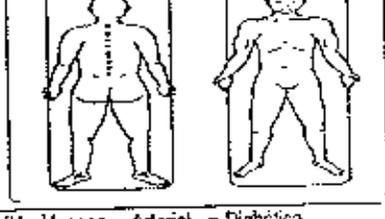
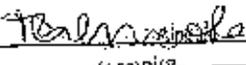
Roberto...

...

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	Licença médica					
12H	Licença médica					
18H	Licença médica					
24H	Licença médica					

DR. PEDRO DI GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 309		

Nome: <u>Geane Teófilo 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: _____		<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 do Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhada, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhada, 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 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 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 _____		<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 (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 Assinatura do Enfermeiro  enfermeira COREN - RR 051.103.523		01-	02-
OBS:		OBS:	

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTee, 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 Tereza de Jesus HD: 500
 DATA: 10/01/2009 SEXO: F IDADE: 30 PESO: 50 KG. LEITO: 309
 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS		LESÕES	
CATER	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 ()	OCAL?	

[Handwritten notes in the lesion control table]

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: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
- VAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () PRESENTES () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CÂNMICA () AGCÂNMICA () MACROCIÂNMICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- ABETE: () NORMAL () DISTENDIDO () ALIMENTADO
- ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
- R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
- EUMINACÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MEG. IMA

APARELHO GENITURINÁRIO/DRESES:

- () ESCORRIMENTO () ESTIMULADO () OBSTRUÇÃO () SWD
- () HEMATURIA () GLETTUA () URINÁRIA () INFLAMAÇÃO () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TRÓCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ESFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA INFEÇÃO
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
- () RISCO PARA QUEIMAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () RISCO PARA QUEIMAS
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DESALINHAMENTO PREJUDICADO
- () CONGOSTAMENTO PREJUDICADO
- () DOR CARDÍACA PREJUDICADO
- () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REAVALUAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS TOT _____
- () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA MÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 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 PACIENTE

DATA: 12/05/2014 HORA: 10:00

MANHÃ

08:00 Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

10:00 Realizado exame físico completo. Sinais vitais normais. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

12:00 Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA: / / HORA: :
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ATENDIMENTO DO TÉCNICO

DATA: / / HORA: :

MANHÃ

08:00 Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

10:00 Realizado exame físico completo. Sinais vitais normais. Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

12:00 Paciente em sono estável. Sinais vitais normais. Faltando para o dia.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA: :
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA: / / HORA: :

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

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	20/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Manten
3	CÉFEPIME 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					OG
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
10	SSVV + CCGG 8/8 H					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					S/N
14	CURATIVO DIARIO					S/N
15	DEXTRO 12/12HS					18-06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A 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 D/ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H						
24H	rotina	medica				

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luciana HD 3.29
 DATA: 22/04/99 SEXO: F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: _____ * ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LOCAL		DATA
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL		DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL		DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:		
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:		
DRÊNOS? SIM () NÃO ()		QUAL?		



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:
 1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
 DI CERA 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 AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
 CIRCUNSCRIÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 () HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CLAMÁTICA () ADAMÔNTICA () ACROCIANÓDICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUORVILE
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () 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 () YANG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () UROPIDA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚRICA () LINFÁTICA () POLIÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () RISCO DE INEFCIÇÃO
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESEQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE E INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBTURAÇÃO 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 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 T/OT _____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEMAS ALÉGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR AGITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
 () ORIENTAR AUTO-CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS: _____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE: 21/01/19 DATA / HORA

TARDE: DATA / HORA

17:00 de plantão. Hora do lanche, sono
 boa de diabetes melitica com
 retorno pl algo 21/01/19, no equívoco
 18:00 de Retorno do trabalho com
 8:55, 10 TE Algodão, suprimido em 9, 2
 mega registro no momento

PREENCH
 MÉDICA.

NOTE: DATA / HORA

NOTE: DATA / HORA

Paciente em jejum no posto. Hora
 de lanche. Algodão no momento, com
 10 2-3m 8:55, 10 TE Algodão, suprimido em 9, 2
 mega registro no momento

Paciente no posto no momento
 de lanche. Algodão no momento. Segue
 cuidados de Higienização

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO 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	22/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
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				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	OMÉPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				S/N
9	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolmo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIÁRIO				S/N
15	DÉXTRÔ 12/12HS				S/N
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				S/N
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°C	-	+
12H	120/70	75	17	36,5°C	+	+
18H	120/70	87	18	36,3°C	-	+
24H	120/70	73	18	36,3°C	-	+

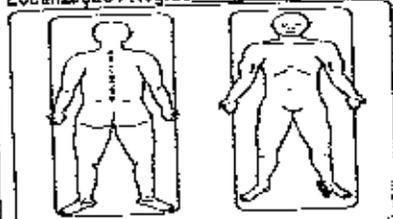
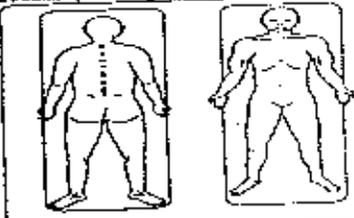
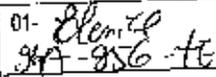
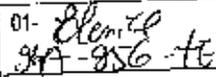
Dr. Pedrinchi Okamoto
 Médico Especialista em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 165174/R

DR. PEDRO DI GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

dextro 335 mg/dl.
 obil dextro 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

DATA: 22/04/19 <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 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:	<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	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <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 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 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
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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"/> evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <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"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Neomomicina	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE	<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 08:24 <input type="checkbox"/> Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 08:24 <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 + de 24hs	23/04/19	01-	02-
Carimbo e ass. Féc. em Enfermagem	01- 	02-	01-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 	02-	01-
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvsTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM -- HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sofia Anderson dos Santos

HD

DATA: 22/04/13 SEXO: M () F

IDADE

PESO

LEITO 398

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATERES E SONDAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER CENTRAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
CATERER PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
SONDA NASOGÁSTRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA NASOENTÉRIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
DRENOS	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	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 PESCOLO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSE: ÚMIDA () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

- HIPODÉRMICA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NDRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
- PERCUSÃO PERICÁRDICA: NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () HIPORRÍTMICO
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: BOA () INTERMEDIÁRIA () BAIXO
- REGULAÇÃO VÔMITOS: () PRESENTES () AUSENTES
- REGULAÇÃO ABDOMINE: () FLACCO () DISTENSO () TÍPICO () MAIORE () MENOR
- REGULAÇÃO DEFEZES: () NORMAIS () DIÁRIAS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE URINA: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SUDORES: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE LÁGRIMAS: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SALIVA: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE TISSUOS MOLES: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE UNHAS: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE CABELO: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE OÍDIO: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SANGUE: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SUOR: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE LÁGRIMAS: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SALIVA: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE TISSUOS MOLES: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE UNHAS: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE CABELO: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SANGUE: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES
- REGULAÇÃO DE SUOR: () NORMAIS () ESCASSAS () AUSENTES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INEÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESEQUILIBRADA
- DESEREBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESDESTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA CÊSO
- () AUTORESTIMIA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO-ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INHIBIÇÃO DA PELE PREJUDICADA
- () PACIENTE DO SONO PREJUDICADO
- () DEQUILIBRIO PREJUDICADO
- () CO MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 216 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS
- () OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE 216 H
- () OBSERVAR, COMINICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUNO A PARTIR DAS: 216 H
- () REALIZAR DEXTRÓ 216 HORAS
- () RECOMENHAR AO BANHO DE ASPERÃO
- () REALIZAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 216 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES ENF: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFOITO
- () ESTIMULAR DEAMBULACÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR PARTICIPAÇÃO A ATIVIDADE FÍSICA.
- () QU ENF: _____

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ: DATA / HORA

Paciente em leito com queda de sangue
Praticado 55ml sangue por via oral
sempre de 8 em 8

Ass. Regia R. Castro
Assoc. Enfermagem
R. ... 907.549

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

TARDE: DATA / HORA

TARDE: DATA / HORA

Realizado simão vitais em
quase no momento

com 128.005
Ass. e Carimbo - Tec. Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

NOITE: DATA / HORA

NOITE: DATA / HORA

Paciente em leito com
Tachicardia
Teg
Ass. e Carimbo - Tec. Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. 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	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				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
6	DIPIKONA 1G EV 6/6H SN				Su
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				Su
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Su
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Su 06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Su
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Roraima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Su
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14/02/06 20/06
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, LOTÉ, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 182A/RR

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h 103 mg/dl

D E

	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	
24 H	120/80	68	20	36,3	+ +

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 0
Atualizada Janeiro / 2015
ENTRADA: 329

Data de realização:
em maio de 2015

Nome: João Teodoro		Localização / Região	
Grau - I Grau - I Data:		Grau - I Grau - I DATA:	
Localização	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática ou cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Local de granulação <input type="checkbox"/> sem esclero <input type="checkbox"/> Local necrótico	Localização	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática ou cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Local de granulação <input type="checkbox"/> sem esclero <input type="checkbox"/> Local necrótico
Características da ferida	<input type="checkbox"/> Seca, mínima <input type="checkbox"/> Úmida, pouco <input type="checkbox"/> Úmida, moderada <input type="checkbox"/> Molhada, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input checked="" type="checkbox"/> Fibrosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serosanguínea	Características da ferida	<input type="checkbox"/> Seca, mínima <input type="checkbox"/> Úmida, pouco <input type="checkbox"/> Úmida, moderada <input type="checkbox"/> Molhada, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Fibrosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serosanguínea
Tipos de exsudato	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Não há de feio <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mascarada <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Tipos de exsudato	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Não há de feio <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mascarada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Medicamentos utilizados	<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"/> Soro <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Medicamentos utilizados	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Outros procedimentos realizados	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Outros procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Assinatura do médico	24/04/19 Valdo Cardoso da Silva Aux. de Enferm. COREN-PR 0000047	Assinatura do médico	01-

Este documento é de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e não deve ser utilizado sem a autorização expressa. Para fins de avaliação de lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

NOME: João Frederico dos Santos HD Fratura de tornozelo e
 DATA: 23/04/19 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 ()
 DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____ DATA: _____

IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORRMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPLIÇÃO
 ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CARÇA 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: PERVAS () OBRSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRAZÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

QUADRIPLATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () PULFORME
 PULSO: () NORMOCÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE VÔMITO () NÃO () PRESENTE
 RÚMOR () AUSENTES () PRESENTES AROMAS: () LÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNUE () GROSSO () NORMAL
 DIARRÉIA: () AUSENTES () PRESENTES () INTERMITENTE () CONTÍNUA () NÃO () PRESENTE
 ACQUILAR () NÃO () PRESENTE

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () 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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 10 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS TÓT
 () VERIFICAR ALVÉS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
 () PREVENIR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 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 JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 1 H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE COVO-STO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () C.O. TROS

MANHÃ	MANHÃ
INSCRIÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA	DATA
HORAS	HORAS
<p>Reunião sobre a questão de nível de ensino em enfermagem. 3/ADP. Cada um faz o seu trabalho, não sei porque vem a ser diferente a cada um. Com duas funções psicológicas normais.</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Deu um relatório sobre o nível de ensino de enfermagem. Se não há condições de infraestrutura.</p> <p>Caroline D. Santos</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Poderia ser melhor. Por um lado tem o conhecimento.</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>NOITE:</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>Deu um relatório administrativo, medições com a assistência SVU para os cuidados.</p> <p>Maria Aparecida de Barros</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO EM 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	24/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manuten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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 SE DOR INTENSA				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				Ratima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				12h 12h 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				12h
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

	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

14h Dextro 12h
06h 132mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

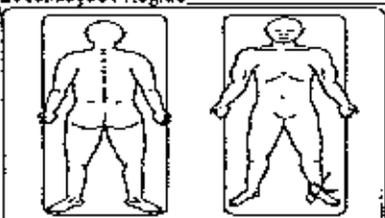
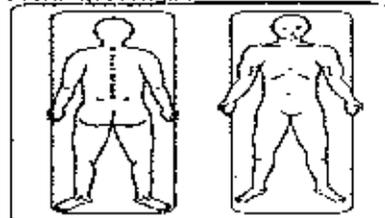
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro das Santos

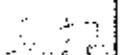
DATA: 22/04/15 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <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: _____		
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		
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 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	25/04/15 Carlos da Silva Núcleo de Enfermagem Rua de ... 403 541		
Carimbo e ass. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 02-		

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoavaTec, Solutions Program.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 11/04/2014 HORA: 10h	MANHÃ:	DATA: 11/04/2014 HORA: 10h
<p>Revisão rotineira de vitalidade e sinais vitais. Estado geral satisfatório. Ausência de febre. Sinais vitais dentro dos parâmetros. Ausência de alterações no exame físico. Ausência de alterações no exame de laboratório. Ausência de alterações no exame de imagem. Ausência de alterações no exame de função. Ausência de alterações no exame de genética. Ausência de alterações no exame de patologia. Ausência de alterações no exame de imunologia. Ausência de alterações no exame de toxicologia. Ausência de alterações no exame de microbiologia. Ausência de alterações no exame de parasitologia. Ausência de alterações no exame de citologia. Ausência de alterações no exame de histopatologia. Ausência de alterações no exame de citogenética. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Paciente em estado de saúde satisfatório. Ausência de febre. Sinais vitais dentro dos parâmetros. Ausência de alterações no exame físico. Ausência de alterações no exame de laboratório. Ausência de alterações no exame de imagem. Ausência de alterações no exame de função. Ausência de alterações no exame de genética. Ausência de alterações no exame de patologia. Ausência de alterações no exame de imunologia. Ausência de alterações no exame de toxicologia. Ausência de alterações no exame de microbiologia. Ausência de alterações no exame de parasitologia. Ausência de alterações no exame de citologia. Ausência de alterações no exame de histopatologia. Ausência de alterações no exame de citogenética. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: 11/04/2014 HORA: :</p>
<p>NOITE:</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>NOITE:</p>	<p>DATA: 11/04/2014 HORA: :</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Paciente em estado de saúde satisfatório. Ausência de febre. Sinais vitais dentro dos parâmetros. Ausência de alterações no exame físico. Ausência de alterações no exame de laboratório. Ausência de alterações no exame de imagem. Ausência de alterações no exame de função. Ausência de alterações no exame de genética. Ausência de alterações no exame de patologia. Ausência de alterações no exame de imunologia. Ausência de alterações no exame de toxicologia. Ausência de alterações no exame de microbiologia. Ausência de alterações no exame de parasitologia. Ausência de alterações no exame de citologia. Ausência de alterações no exame de histopatologia. Ausência de alterações no exame de citogenética. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Paciente em estado de saúde satisfatório. Ausência de febre. Sinais vitais dentro dos parâmetros. Ausência de alterações no exame físico. Ausência de alterações no exame de laboratório. Ausência de alterações no exame de imagem. Ausência de alterações no exame de função. Ausência de alterações no exame de genética. Ausência de alterações no exame de patologia. Ausência de alterações no exame de imunologia. Ausência de alterações no exame de toxicologia. Ausência de alterações no exame de microbiologia. Ausência de alterações no exame de parasitologia. Ausência de alterações no exame de citologia. Ausência de alterações no exame de histopatologia. Ausência de alterações no exame de citogenética. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica. Ausência de alterações no exame de imunofluorescência. Ausência de alterações no exame de imunohistoquímica.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>


 Hospital de São José
 Rua São José, 1000
 Fone: (51) 3091-1000
 Fax: (51) 3091-1001
 E-mail: hospital@hsj.com.br
 www.hsj.com.br

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				SND
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				doe
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Platina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				14/12/06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				doe
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 0828/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
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

22 → 124 mg/dL
06 → 75 mg/dL

Jeodina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

16h 14cm

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia de Jesus dos Santos HD _____

DATA: 25/04/15 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG LEITO: 325 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS		LESÕES	
CATERE CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/>		DATA:	
SONDA NASOENTÉRAL: 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- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

GABEÇA PECCOCO/ 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: PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM NÃO
 PRECURIÉNCIA: SUPLENTE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

DEHIDRATADA () ÚMIDA () DISIDRATADA () GORRADA () HIPOCORRADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO 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.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VÍVIO PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MELISMA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSES:

MICTURINÂMEA () ES. MICTURIA () CISTOSTOMIA () SVG () TIMPIDA () CONJUNTO BAIXO

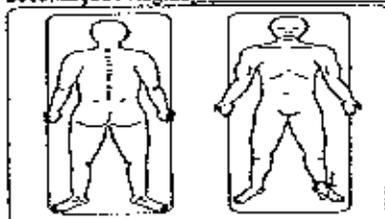
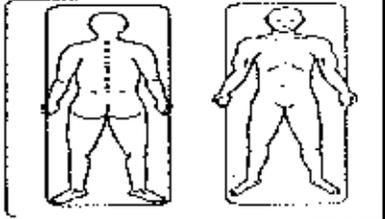
DIAGNÓSTICO

- RISCO DE INFECÇÃO
- PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- TROCA GASOSA PREJUDICADA
- ANSIEDADE
- MEDO
- ENFENTAMENTO INEFICAZ
- RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESQUILIBRADA
- RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- RISCO PARA LESÃO
- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- RISCO PARA CONTROLE INEFICAZ
- TERAPÊUTICO
- DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- FADIGA
- INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- RISCO PARA QUEDAS
- RISCO PARA LESÃO
- AUTODESTIMA PERTURBADA
- DIARREIA
- CONSTIPACÃO
- RISCO PARA CONSTIPACÃO
- 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 20 H
- MANTER MONITORIZAÇÃO
- MANTER CABECEIRA ELEVADA
- ASPIRAR VAS /TOT
- VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
- TENTAR PARA QUEIXAS ALGUMAS
- ATENTAR PARA VÁUSEAS 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 DECTRO / HORAS
- ORIENTAR AUTO CUIDADO
- REALIZAR BANHO NO LETO
- REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO / H
- REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- PREPARAR PARA EXAMES EM:
- REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- ESTIMULAR DEAMBULACÃO
- OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- OUTROS

	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>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"/> 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 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 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: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input checked="" 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.

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	26/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manuten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
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	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H				Ratoma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				1h
15	DEXTRO 8/8HS				12h, 18h, 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 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

Eider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	147/74	77	16	-	+	-
12 H	120/74	77	18	36.9	+	+
18 H	120/80	87	17	36.6C	+	-
24 H	118/80	80	18	-	+	+

16.2g de DEXTRO 123 mg/dl
0.506h de DEXTRO 129 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

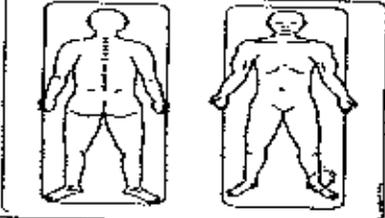
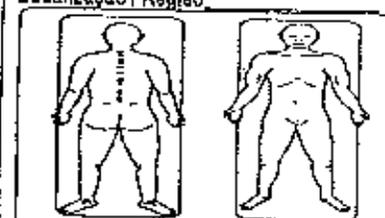
Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Joaquim Teodoro dos Santos

27/02/19

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:	<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	
Característica 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 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <u>2%</u> <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			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	<u>Marcelino V. Alves dos Santos</u> Técnico de Enfermagem COREN-RR 661.555-TE	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Paula Oliveira de Almeida</u> <u>Paula Oliveira de Almeida</u>		
OBS:	COREN-RR 322520 ENF		
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 evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>08:30 Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>08:30 Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>09:00 Exame intrauterino - Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>09:00 Exame intrauterino - Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>09:30 Exame intrauterino - Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>09:30 Exame intrauterino - Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Realização de exame físico - Ausculta pulmonar e cardíaca.</p> <p>Enfermeira</p> <p>CORREMPER 6883 555-TE</p>	<p>ASS. E CARIÍBIO - 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				
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				suspense
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 DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14-08-06
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 CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

14:05 -- Dextro -> 172 u/mg/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 mg/dl

Glucose 172 u/mg/dl

06:00h dextro 115 mg/dl

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MANTUA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANTUA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Res nos laboratórios e
análises subpostos aos cuidados

Nome: Andréia de Barros
Código: 545.732
Curso: Enfermagem

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

NOITE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOITE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Paciente no leito em os exames
realizados mediante de honaria
administrado com sua afecção de
22h medicação 245mg/dl nos vestige
de sangue para exames de
exatidão e em 08:00h seu afecção
medicação de honaria administrada e
de 15mg/dl

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Ass. e Carimbo
F. de Barros
Código: 545.732
Curso: Enfermagem

Ass. e Carimbo
F. de Barros
Código: 545.732
Curso: 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: João Teodoro

<p>DATA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>	<p>Localização / Região</p>	<p>DATA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>	<p>Localização / Região</p>
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
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	<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	<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	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<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	<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 _____	<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: _____	<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: _____
Hora do 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
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Vão. em Enfermagem	01-	02-	01-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<p>ferida limpa e seca sem dor.</p>		OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva'ee, Soluções Programadas.
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	29/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sub
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				moniter
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 0
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				balma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				40
15	DEXTRO 8/8HS				1000 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, TOSSO 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	+	0
12 H	120/60	64	17	36,8	+	0
18 H	130/80	77	18	36,6	+	0
24 H	122/73	89	18	36,0	+	+

539 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		3x/d
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		3x/d
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA		3x/d
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		3x/d
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		1x/d
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		3x/d
10	SSVV + COGG 6/6 H		Rolme
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		3x/d
14	CURATIVO DIARIO		3x/d
15	DEXTRO 8/8HS		3x/d
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		1x/d
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	+	-	199 mg/dl	
12 H	140/70	91	19	37.1°C	+	-	95 mg/dl	
18 H	146/80	73	19	36.2°	+	-		
24 H	145/83	70	20	36°C	+	-		

⇒ 124hs

240mg/dl

Denise da S.
Téc. em Enfermagem
CRM 1828/RR

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SOUSA, Heloisa dos Santos IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 225 HD: _____

DATA: 30/04/18 SEXO: () M () F ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS			
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)		DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA VASOENTRAL SIM () NÃO (X)		DATA:	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
 ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCO/O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRIPÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() 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

() DESOBTURADA 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

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS ATQT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS AÚGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 16 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTRIO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 16 H

() REALIZAR CORATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO

R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: _____ () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIZA () CONCENTRADA

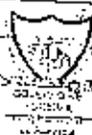
HEMATÓCITOS: () ESTIMULADA () ESTABILIZADA () DEPRIMIDA () ANEMIA () HEMATURIA () HEMATURIA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ	DATA	HORA	MANHÃ	DATA	HORA
<p>Reimbu, atitud. Justica, sem queixas nao reclama, Usando, Diferencia ou essa como ressonancia. Oulando um esta funcao psicologica, nomear CONV</p>			<p>Paciente orientado, sem queixas realizado SSVV com. Segue aos cuidados da equipe.</p> <p>Alcinda Regina R. Castro Téc. em Enfermagem COREN-RR 907549</p>		
<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p>		
<p>NOITE</p>	<p>DATA</p>	<p>HORA</p>	<p>NOITE</p>	<p>DATA</p>	<p>HORA</p>
			<p>Atendido SSVV + ordm. do medico Cabe com injeção de Paracetamol na corrente de sangue 900 mg/6h.</p>		
			<p>Daniel da S. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RR 43740 TE</p>		
			<p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p>		

TARDE 46h

Trabalha em silencio, sem inter-
rompimentos, com cuidados de
enfermagem.

Téc. em Enfermagem
Tá. no RR de Enfermagem
COREN-RR 61123



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	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
ITEM	329	DATA
	1/5/2019	
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	suspenso
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 8/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
14	CURATIVO DIARIO	Rotina
15	DEXTRO 8/8HS	manhã
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	14h 22' 124mg/dl 18h 184mg/dl
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. FUPNEFICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Eider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRP 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	E	D
SINAIS VITAIS						
6 H	120/60	69	20	36	-	temoro sedition
12 H	120/70	73	19	36.6	+	+
18 H	120/70	72	19	36.5	-	+
24 H	130/80	77	19	36.8	-	+

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		LESÕES	
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____		
CATERER 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 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 () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBTURADAS HIGIENE BUICAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES: PADRÃO RESPIRATORIO _____

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚRMUBROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS AVENTIVOS: () AUSENTE () RÍNTICOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MIÚSCULOS: _____

() HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATA DA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR _____

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () BILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL _____

APETITE () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
 R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENSO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: _____

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSTOMIA () SVS () ÚLUPIDA () CONCENTRADA
 () URINÁRIA () CRISTALINA () TURBIDA () PRURITICA () DOLORIDA () LANÍTRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIAZ
- () 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 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
- () CONORTE 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/TOI _____
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSO 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 DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
- () ORIENTAR AUTO-CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____/____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULADAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR 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 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 > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		SN
15	DEXTRO 8/8HS		12/18/06
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		

105 mg

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					diversos 1 fis.
6 H	20/63	67	20	36.7	
12 H	14/88	75	20	35.5	+
18 H	12/80	85	20	36°C	+
24 H	11/70	65	20	36.5	D+ E+

DEXTROR
179 mg/100
123 mg



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 Santas

DATA: 02/05/19 <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 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 estacolo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacolo <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"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	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 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 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 4 de 24hs	
Enfermo e ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	João Teodoro das Santas 02-	01-	02-

OBS:

OBS:

Obs: 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.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sandra Aparecida de Souza SEXO: M () F () IDADE: 33 ANOS PESO: 53 KG. LETRO: 333 HD: 333
 DATA: 08/04/93

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 ()		LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	



LESÕES

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: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: N CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: N NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: N NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL N DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TORAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- ROR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: N SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MUNIFICADO VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSO: N AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTERTORES () SIBILOS
- CIRCUNSCRIÇÃO DA PELE/MUCOSAS: _____
- ADHIRÊNCIA: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUÇÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: N NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: N NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () ÚMIDA () CONCENTRADA
- () HEMATÚRIA () COLÚRIA () URGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () 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
- () DESOBTURÇÃO 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
- () DEGRUJÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDIACO DIMINUIDO
- () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABEÇERA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TQT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEBRAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUÇÃO 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: 7 H
- () REALIZAR DEXTRO 7 HORAS
- () REALIZAR BANHO AO BANHO DE ASPERSAO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 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
MANHÃ: DATA 02/05/19 HORA 08:00

Reimbu estável. Sem queixas ativas.
Apesar das alterações do sono, não há
necessidade de intervenção. Deixado em
suas funções habituais. Normais.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
CORRETO

TARDE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA / HORA

Reimbu estável. Não há mudanças em
SSV de rotina. FV positivos. Em suas - quem

TARDE: DATA 02/05/19 HORA 16:00
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Reimbu em tratamento, com
autocuidado adequado. O SSV
de rotina é realizado. FV positivos.
Técnicos de Enfermagem
CORRETO

NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA 02/05/19 HORA 22:00
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Reimbu estável. SSV e cuidados em
suas funções habituais.
Técnicos de Enfermagem
CORRETO

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - 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 TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA DM2
IDADE	LEITO	329	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		montei
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspensão
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		Quilino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		SV
14	CURATIVO DIARIO		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	36,5	+	-

15h Dextro 165 mg/dl
22h Dextro 177 mg/dl
06 h. Dextro 97 mg/dl

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 10/05/2011 HORA: 14:00

Paciente está melhorando, segue com o plano de cuidados. A evolução é satisfatória, hipotensão, sem febre, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem alteração de consciência. Segue com o plano de cuidados. Sem alterações.

TARDE:

DATA: 10/05/2011 HORA: 18:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA: 10/05/2011 HORA: 22:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 10/05/2011 HORA: 08:00

Paciente em repouso, sem náusea, sem vômito, sem dor, sem alteração de consciência. Segue com o plano de cuidados.

TARDE:

DATA: 10/05/2011 HORA: 18:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem náusea, sem vômito, sem dor, sem alteração de consciência. Segue com o plano de cuidados.

NOITE:

DATA: 10/05/2011 HORA: 22:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem náusea, sem vômito, sem dor, sem alteração de consciência. Segue com o plano de cuidados.

Samara Rodrigues
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 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: 03/05/13 <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: _____		
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 estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estase <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 checked="" 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 feito <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"/> Cloroxidina 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>Neomicina</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: Em caso de + de 24hs <u>04/05/13</u>			
Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 02-		
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.

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				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manuten
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 + 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	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				
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 CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
VITAIS						
6 H	110/70	75	19	36.0		
12 H	110x70	75	20	36.0	+	
18 H	130x78	68	19	36.4c	+	-
24 H	110/70	79	20	36.2	+	=

100mg/ml 240mg/dl

recorreu a

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Apelú Jackson HD: _____
 DATA: 04/05/09 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 3809 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS
 CATERER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 CATERER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 SONDA NASOENTERRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____
 DIENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

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 PERCOTO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA () MIODRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA () PERDIDA
 VIAS AERIAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS () HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SAZONÁVEL () PRECÁRIA
 OÍOS: _____
 TORAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO: _____
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 OOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES () TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTES () ESTERIORES () SIBILICOS
 CIRCULAÇÃO/COOR BA PERIFÉRICAS: _____
 () HIBRATIDA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () COPADA () HIPOCOPADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CÍANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMATICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR: _____
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 FREQÜÊNCIA: _____
 PENSIÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO
 PULSO: () NORMATICA () ACUCARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____

DIAGNOSTICO

() 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 TERAPÊUTICO
 () DEDONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERIAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUIDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOSTIMA PERJURADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BANCNOO ASPRAÇÃO
 () DOR
 () HIEROTERMIA
 () HIEPOTERMIA
 () INTUBIDDES DA VIEE PREJUDICADA
 () SAÇÃO DO SERVIDO ADEPRADO
 () OTORRINOLINGUISTICA
 () INCONTINÊNCIA URINARIA
 () INCONTINÊNCIA FECAL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AERIAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS TOTE
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERIUSO PERIURICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HIDRICO 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 JEIUM A PARTIR DAS _____ H
 () REALIZAR DEIXIVO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES DE: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () EDUCAR O PACIENTE SOBRE CUIDADOS
 () OBSERVAR E REGISTRAR ANTECEDENTES DA ANAMNESE
 () REALIZAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM

APARELHO GASTROINTESTINAL

() HIEROTERMIA
 () HIEPOTERMIA
 () INTUBIDDES DA VIEE PREJUDICADA
 () SAÇÃO DO SERVIDO ADEPRADO
 () OTORRINOLINGUISTICA
 () INCONTINÊNCIA URINARIA
 () INCONTINÊNCIA FECAL

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

Realizado SSUV + medicação
 C.P.M. S. quixos e glicose;
 Segue em cuidados de enfermagem
 geral.

[Handwritten Signature]
 T. M. A. T. J. A. L. L. I. N. I.
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 C.R.F. 101.333/2015

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO 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	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	5/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
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: 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. 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 Carneiro
12 H	120/90	92		36,5°C	Dr. Eder Soares
18 H	110/90	80	20	36,5°C	
24 H					

medro 03:44h
10 30 mg/dl
18:00h
18:10dl
06:00dl
Dextro 120 mg 1dl.

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGLIN

nome: Fábio Teodoro dos Santos HD: F. Motuza MI: E DATA: 04/04/04 SEXO: 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	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/câmbio de oxigênio	Uso intermitente de máscara/câmbio 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
Mortidade	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	1
Deambulação	Restrição ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessidade de auxílio para deambulação	Ambulante	1
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Auto-suficiente	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	Auto-suficiente	1
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente	1
Terapêutica	Uso de drogas vasculares	E.V. contínua ou através de SNG/SNE	E.V. intermitente	E.M. ou V.O.	1
TOTAL:					13

Assinatura: W. M. M. M. M. Assinatura e carimbo do profissional: Antônia da Costa Corrêa

Comunidade Assistencial - Geriatria

323

JOÃO

HC

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	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	6/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIE TA OPAI PARA DM LHAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CIEPERME 10 EV 8/8H				SUSPENSO
4	TRILATI 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPRORNA 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	OMEPRAZOL 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				Rolam
12	DAPROPR 25MG VO SE PAS > 160 FOU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 12/12HS				(13) (06)
16	AMIPIRILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400:				
	10 UI FOU GLICOSE ≤ 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	140x80	68	20	37,2°	-	+

Assinatura do Médico
Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucio Roberto dos Santos HD _____
 DATA: 06/05/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 325 ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATERE	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS? 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: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: ANORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ANORMAL () DIMINUÍDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: DERIVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 DENTES: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISEPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCUNSCRIÇÃO/ COR DA PEF/ FINELOSAS: _____

ABDOMEN: () ÚMIDO () DESIDRATADO: () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
 () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: ANORMAL () DIMINUÍDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLÚCIDO () FALSO () VAG PALPÁVEL
 PULSO: () NORTERMICO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () ASUCO () VAG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: ANORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ OULNESS?
 ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () URMÍDIA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚBICA () LINFÁTICA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () INSEGURANÇA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () INDEBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESORSTRUÇÃO 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
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS/ TQT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () MANTER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EQUIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRÓ _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECOBERTO _____ 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>Paciente admitido com queixas de algia no S.A. inferior, sempre à noite, dorme. Sono. Responde adequadamente às perguntas. Refere dor leve a forte por vezes. Segue no cuidado de acordo com o plano de cuidados.</p> <p>Elza Almeida ENFERMEIRA CEN/RR 366339</p>	<p>06/05/2008 11h</p>	<p>Realizado exame físico com finalidade de avaliar a evolução dos sintomas.</p>	<p>06/05/2008 11h</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>Paciente em repouso, sem sinais de desconforto.</p> <p>TER. 2008</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>20/05 - paciente com sinais de evolução para a fase aguda de infecção + sinais de desidratação.</p> <p>paciente em repouso.</p> <p>Elza Almeida ENFERMEIRA CEN/RR 366339</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA / HORA</p>

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA 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	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 8/0h 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 DIARIO				m
15	DEXTRO 12/12HS				123 mg/dl
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A 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/RR 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: 06.05.13 <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 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 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 outras: _____
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"/> Escara	<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	<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"/> Serossanguíneo	<input 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
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	<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 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 type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 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	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Cota da Próxima troca: (em caso de + de 24hs)	Andréia Gomes Gonzaga Enfermeira		
Cartão e ass. fcc. em Enfermagem	01- COREN RR 630058	02-	01- 02-
Cartão e Assinatura do Enfermeiro			

OBS:

OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConaTec, 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 Aparecida dos Santos HD

DATA: 07/05/88 SEXO: PM IDADE: _____ PESO: _____ KG. LITO: 395 • 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 ()		LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
SONDA VASOENTERAL SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
DRENOS? SIM () NÃO ()		QUAL?	DATA:



LESÕES

- RISCO DE INFECÇÃO
- PADRÃO RESPIRATÓRIO 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 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
- DEGRADAÇÃO 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 /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 ELMINAÇÕES.
- VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- VERIFICAR DISTENSO 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 CONPORTO
- ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- OUTROS

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 () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PÉSSIMA

OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO:

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MIGALHAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIJOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FUPORNE

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIVE PALPÁVEL

EUMINIAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOLUÇÃ. () QUISQUA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOLUÇÃ. () QUISQUA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOLUÇÃ. () QUISQUA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOLUÇÃ. () QUISQUA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOLUÇÃ. () QUISQUA () POLÍURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

04/09

Paciente admitido em UTI. Apresentando
em anexo o S/HRP. Sem sinais. Sem
presença de desidratação. Sem
função. Testes laboratoriais normais.
Análise em anexo.

Dr. [Assinatura]
COP/RR 35555

09/05 19:00

Sintetização; Segue em
cuidados de enfermagem

Dr. [Assinatura]
Téc. de Enfermagem
COP/RR 3715/05-11

16h

Paciente em jejum. Dieta em
Pequena quantidade de carboidrato
de preferência

Dr. [Assinatura]
Téc. de Enfermagem
COP/RR 918.123

07.05 24h

Foco em repouso nos
leitos (usuário do SSU)
segure o cuidado.

Sumara Rodrigues
Téc. de Enfermagem
COP/RR 355056

HC



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	OP	14-05
IDADE		LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		8/5/2019
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 DIARIO		
15	DEXTRO 12/12HS		
18	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:

BECA

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

DE V...
27/05

Ins. & Habilit. do Conselho de Enfermagem



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

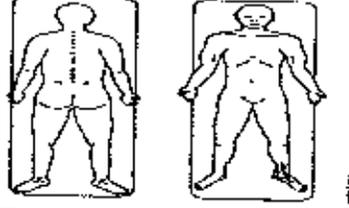
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

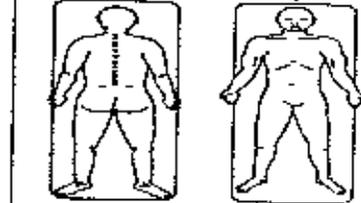
Nome: João Leonardo dos Santos

Data: 08/05/19

Localização / Região



Localização / Região



GRAU - I
 GRAU - II

DATA:
 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:	<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 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 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
Identificação 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 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 + do 24hs)		
Descrição e ass. em Enfermagem	02-	01-
Descrição e Assinatura do Enfermeiro		02-

09/05/19
Valdo Cardoso da Silva
At. de Enfermagem
CRER 103547

ORS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA: / /

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: 08/05 HORA: 18:00

Realizado SSVit/guixos oligicas,
Segue aos cuidados de enfermagem
para

Ketandja Rogia R. Castro
Técnica Enfermagem

COREN-RR 907549
ASS. E CARIMBO - T.ÉC. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 16/00

DATA: / /

HORA: / /

Paciente em ne póscio, com guixos
Téc. de enfermagem

Cristina Lúcia Figueiredo de Sousa
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 916123

Nº 01

DATA: 08/05 HORA: / /

Realizado SSVit/guixos oligicas,
Segue aos cuidados de enfermagem.



ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - T.ÉC. 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				manhã
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				Ratino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5m
14	CURATIVO DIARIO				5m
15	DEXTRO 12/12HS				18 de
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				5m
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				

HC

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG.
Sol me op.

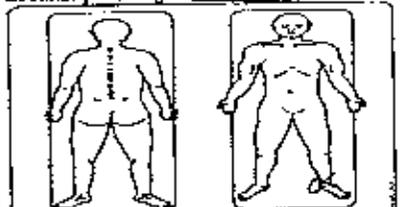
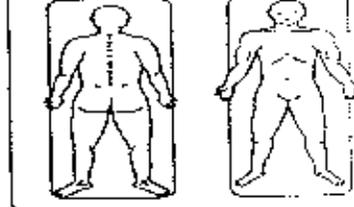
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	90x60	86	18	36.5°C	-	+
12H	150/100	96	19	37.7°C	+	+
18H	110/70	92		36.6°C	-	+
24H	130x70	80	19	36.4°C	-	+

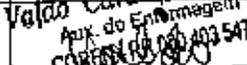
DR. PEDRO DI GIOVANNI
 CRM/RN 1615
 CRO/RN 684

Dextro
195

06:12 -> Dextro = 149 mg/dl

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>09/05/19</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	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
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
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"/> Serosanguíneo	<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	<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	<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 _____	<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: _____	<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: _____
Hora do 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
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>10/05/19</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Valdo Cardoso da Silva Aux. do Enfermeiro CPF: 030.403.547 	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 feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Leandro dos Santos

DATA: 03/05/18 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 328 HD: _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER CENTRAL			
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()		DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	
BRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FÍSTULA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 DÉCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA

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: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA
 OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 COE INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () SONCOS () ESTER-TORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COE DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESSECATADA () CORVADA () HIPOCORVADA () SÚLIDA () RUBORIZADA () ICTERICAS
 () CIANOÁTICA () ACIANÓTICA () PASTOSAS
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIACA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () PERCUSA () DIMINUÍDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () BIFÁSICO () HIPOTENSIVO
 PRESSÃO ARTERIAL: () NORMAL () BAIXA () ALTA ()

LOCAL DO MASCLO

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 PREJUDICADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INEFICÁCIA NA PRÉ PREVENÇÃO
- () CUIDADO PREVENÇÃO

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 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA MANUS E VENTILOS
- () OBSERVAR PERCUSÃO 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 DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACELERAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUNIA PAR-TIRADAS _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HC/RAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR CUIDADO DE DEFICITO _____ H
- () REALIZAR CUIDADO DE DEFICITO _____ H
- () PREVENIR AGRUA EXAMES DE _____
- () REALIZAR CUIDADO DE DEFICITO _____
- () REALIZAR CUIDADO DE DEFICITO _____

VOLUNTÁRIO DO ENFERMEIRO		ANCIÊNCIA DO TÉCNICO DE HIGIENIZAÇÃO	
MANHÃ:	TARDE:	MANHÃ:	TARDE:
<p>Realizei a substituição do Soro de Oxiplina. Realizei a troca do hidrocloreto de Soro fisiológico. Sem problemas. Não houve nenhuma alteração. Não houve nenhuma alteração. Sem problemas. Sem alterações.</p>	<p>Paciente em estado de bem-estar, não ligada ao S.V.V. Colada de sangue, pt. de sangue sem. Seguiu aos cuidados da equipe.</p>		
<p>ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Yeliana Helena Castro Técnica Enfermagem</p>		
<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>		
<p>ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIÍBICO - TÉCNICA ENFERMAGEM:</p>		
<p>NOITE:</p>	<p>NOITE:</p>		
<p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p>		
<p>ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIÍBICO - TÉCNICA ENFERMAGEM:</p>		
<p>ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIÍBICO - TÉCNICA ENFERMAGEM:</p>		

ASS. E CARIÍBICO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍBICO - TÉCNICA ENFERMAGEM:

2.M
JOÃO

329

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	10/5/2019	
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					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + COGG 6/6 H					Volina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIARIO					11
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:

BEG

Autoregulação com a punção

06h Dióxido: 157mg/dl.

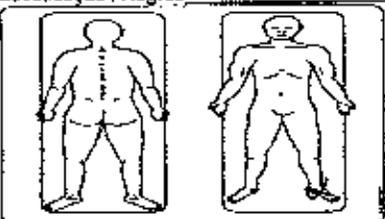
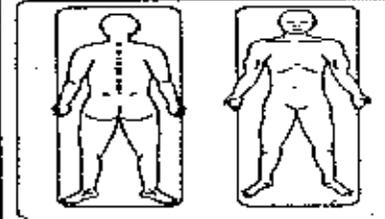
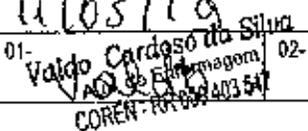
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	111/94	81	20	36°	φ	φ
12H	102/80	86	19	36,4°	+	+
18H	140/90	98	18	36,3°	+	+
24H	135/85	87	18	36,2°	-	+

DR. PEDRO DI GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

DR. PEDRO DI GIOVANNI
Teodoro de Freitas, 2000
Cidade de Boa Vista - RR

Retorno dia 12/05/19

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº I	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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosoanguineo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosoanguineo		
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"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" 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 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 Preta <input type="checkbox"/> Outro: <u>Medicina</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Preta <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	11/05/19				
Orçamento e ass. Téc. em Enfermagem	01- Valdo Cardoso da Silva		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.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
 MANHÃ: DATA / HORA
 ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 DATA / HORA

Dom Interconexões

Blower
 973-85675

TARDE: DATA / HORA
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

16:00
 Parede em reparo para
 reestruturação

J. S. Siqueira de Souza
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PR 978173

NOITE: DATA / HORA
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

NOITE: DATA / HORA
 Não existe mais aparelhos queimados
 pelo ar condicionado e suspiros

J. S. Siqueira de Souza
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PR 978173

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

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
IDADE	LEITO 329	PRE-OP 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 DIARIO	M
15	DEXTRO 12/12HS	18-20
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						
24H						

licença médica

DR. PEDRO DI GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Letícia R. Trindade
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 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

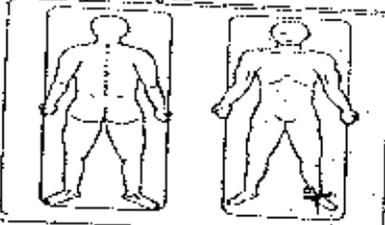
ENF/LEITO: 329

Nome:

João Teodoro dos Santos

DATA: 3/05/13

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 Serosossanguíneo

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:

Manhã Tarde

Em caso de + de 24hs

Manhã Tarde

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

[Handwritten signature]
Kethi de S. Vieira
Enfermeira
COREN-RR 159.828-ENF

02- *[Handwritten signature]*
Aníbal C. G. de Almeida
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 664.727

01-

02-

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConynTec, Soluções Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wesley

DATA: 13/05/89

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
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERRAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ASFIASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____

CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA GRAU I () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEMI () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAI: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EURRÍMICO () TAQUIRÍMICO () BRADIRÍMICO () DISPNEICO

MÚRMUBROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACRÓCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMATÍPICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/ MÚLTIPLOS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

() SFONTÂNIA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () EMÍDIDA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () COLÚRICA () OLIGURIA () POLIURIA () NYCTURIA () ANISURIA

() HEMATURIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ASISTEADA
- () 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 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
- () 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 VAS TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA QUEIXAS VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELMINAÇÕES.
- () 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 DEITO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ 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 1 HORA

Diagnóstico de risco de lesão por imobilização

TARDE: DATA 1 HORA

NOITE: DATA 1 HORA

Paciente de risco médico

Assistência de Costa Ferreira
Enfermeira
Cecília Zamboni
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA 1 HORA

Paciente de risco de lesão por imobilização

TARDE: DATA 1 HORA

paciente de risco médico

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

327



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		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	V.I.V. de	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	Yricitor	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SUSPENSO	
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 DIARIO		
15	DEXTRO 12/12HS		
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 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					
18H	licença médica					
24H	30/30	68	17	36.0°C		

DR. PEDRO GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Frederico Santos

DATA: 12/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: 32,9 KG. LETO: 329 HD _____

• 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 ()	RAOT ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS? SIM () NÃO ()	OUAL?		

LESÕES

(Handwritten notes in the Lesões 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
- POPULAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDLÁTICAS
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

- OBS: _____
- TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVERTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

- CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS
- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CÂNDIDA () ACQUIMÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

- APARELHO CARDIOVASCULAR
- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()
- PERFUSSÃO 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 () TÊNDO () AGUDO () VÍNG PACÍVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

- APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO
- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () UNIEDA () CONCENTRADA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA Quedas
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () Desequilíbrio
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () Desequilíbrio INEFICAZ DE VIAS 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
- () 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 CABEÇA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS /TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA Quedas ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VEIOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR FUMINAÇÕES.
- () 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 ASPERSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES BAI _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA: / HORA:

Permanente de internar
Mantendo

Junilda A. Gomes
Téc Enfermagem
SOREN RR 030 0585

ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA: / HORA:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA: / HORA:

Paciente fora da unidade médica
atendida pelo médico

Andréia Gomes Corrêa
Téc Enfermagem
SOREN RR 030 0585

ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE: DATA: / HORA:

NOITE: DATA: / HORA:

ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: / HORA:

ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

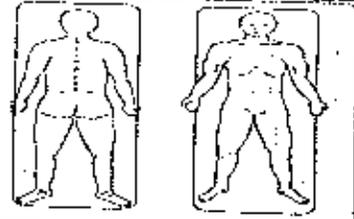
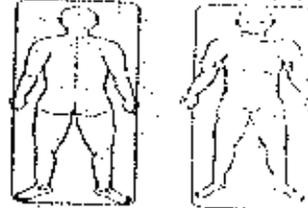
Realizado SSI/114, medicação
com Sigaixina, Naloxona, Soro
concentrado de hidralazina

Andréia Gomes Corrêa
Téc Enfermagem
SOREN RR 030 0585

ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

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: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm

Aspecto do Leito: Tecido de granulação com esclero Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo

Odor: Sim Não

Condição da pele Periférica: 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 Fibrínase AGE Colagenase Sulfadiazina de Prata Outros:

Hora no curativo: Manhã Tarde

Data da Próxima troca: **12/05/2013**
Em caso de 1 de 24hs

Orçamento e ass. em Enfermagem: 01- **1473100REN-AM** 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **Andréia Gomes Gontaga**
Enfermeira

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **Andréia Gomes Gontaga**
Enfermeira

Observações:

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva'ee, Solution's Programs.

Os pacientes com D2 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

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 13/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	mon	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SUSPENSO	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h 5N	30	
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	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:

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 DE
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Caudo

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA 13/05/2014 HORA 14:00

Responde no quadro de saúde sem queixas
de febre, tosse e outros sintomas. Sem
alterações nas funções vitais. Sem
alterações na consciência.

Enfermeiro
CORREIA
4.66829

TARDE:

DATA / HORA : ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA 13/05/2014 HORA 14:00

Paciente em repouso, sem queixas. Segue
sob cuidados de enfermagem.

Téc. em Enfermagem
CORREIA
4.66829

TARDE: 14:00

DATA 13/05/2014 HORA 14:00

Paciente em repouso, sem
queixas. Segue sob cuidados
de enfermagem.

Téc. em Enfermagem
CORREIA
4.66829

NOITE:

DATA / HORA : ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA 13/05/2014 HORA : ASS. E CARIMBO- T. ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem
queixas. Segue sob cuidados
de enfermagem.

Téc. em Enfermagem
CORREIA
4.66829

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO- T. ENFERMAGEM:



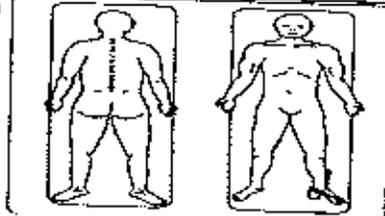
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2015 Fevereiro 2013
ENE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 13/05/19

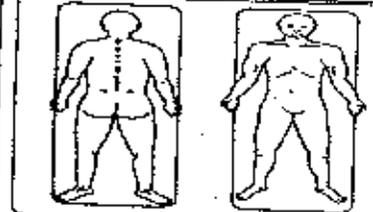
Localização / Região



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

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

Quantidade do Exsudato
 seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante
Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante
 Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Do: Sim Não
Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Sim Não
 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 _____

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras _____

Solução para limpeza
 Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
 Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: *Medicação*

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo: Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca: 14/05/19
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Valdo Cardoso da Silva
Aux. de Enfermagem 02-

01- 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: ALDO LEONARDO DE SOUZA DATA: 21/05/1985 SEXO: () M () F IDADE: 4 ANOS PESO: 9,98 KG. CEITO: 99,8 CM. HD: 10 ALÉRGICO P: ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)	DATA:	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO ()	DATA:	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTÉRICA SIM () NÃO (X)	DATA:	DATA:	DATA:
DRENOS: SIM () NÃO (X) 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 (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CARTELA RESCÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () LIVRES () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TRAJUNPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILIOS

CIRCULAÇÃO/TOR DA PELE/MUCOSAS:

UMIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
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:

APARELHO GASTROINTESTINAL
ABETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL
EJULMIAÇÕES/NUMÉROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELANA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

ESPONTÂNEA: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LIMPEZA () CONCENTRADA
HEMATÚRIA () COEURICA () QUÍMICA () QUANTIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIAZ
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () INRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () 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
- () INTERIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () REGULÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECERA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS AUSCICAS
- () ATENTAR PARA QUEIXAS AUSCICAS
- () 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 DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: --- H
- () REALIZAR DEXTRO --- HORAS
- () ORIENTAR AO BANHO DE ASPENSAO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO --- H
- () REALIZAR CURATIVO GÍAMO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

Alfredo
Alfredo

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / HORA

AVOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA 10/05/19

Refeições e higiene. Seguir
as ordens de enfermagem.

[Signature]
Téc. em Enfermagem
CREFEN 123

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

TARDE: 15:00 DATA / HORA 10/05/19 ASS. E CARIÍMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Paciente em no plano com um
renomeamento das o. e. e. e. e.
de enfermagem. *[Signature]*
Téc. em Enfermagem
CREFEN 123

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍMBO - TEC. ENFERMAGEM:

[Signature] para o. e. e. e.

[Signature]
Téc. em Enfermagem
CREFEN 123

ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍMBO - TFC. 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	DATA
ITEM	329	15/5/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	su
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	su
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN	su
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	su
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	ok
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	su
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Ratino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	su
14	CURATIVO DIARIO	su
15	DEXTRO 12/12HS	18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	su
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	

136mg/dl

EVOLUÇÃO MÉDICA:

506

DR. PEDRO DI GIOVANNI
CRM-RR-1615
RQE 684
Téc de Enfermagem
COREN-RR 917 068

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 012	18	36,3	+	+



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

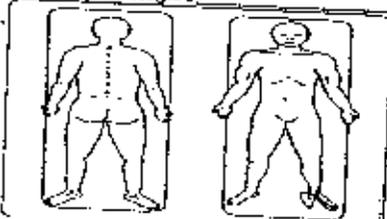
ENF/LEITO: 329

Nome:

João Teodoro das Santos

DATA: 15/05/19

Localização / Região

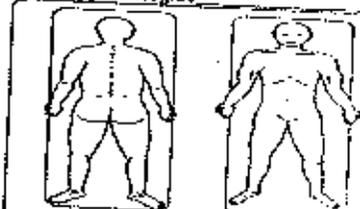


GRAU - I

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 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

Solução para limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro:

Cobertura primária

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: *Neomima*

Hora da curativo:

Manhã Tarde

Data de Próxima troca:

Manhã Tarde

Em caso de + de 24hs

16/05/19

Carimbo e ass.

01- Valdo Cardoso da Silva

Rec. em Enfermagem

02- Valdo Cardoso da Silva

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Marcelo José Santos HD 329 * ALÉRGICO ?

DATA: 15/05/89 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTÉRICA SIM () NÃO ()		DATA:	
DIURETOS 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 () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAI: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TOXAK E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚLTIPLAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIÇOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () 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 () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL

GLIMINACÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITÓRIMARIÁRIO/DIURÉTICO

() ESPORÁDICA () ESTIMULADA () FÍSTULA () POLÍQUIA () DISURIA () CONCENTRADA

() HEMATURIA () SOURICA () GIGIUMA () POLÍQUIA () DISURIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INERECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENERMENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() MODULIDADE 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

() 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 CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIMAS AÚGICAS

() 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

() 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 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

ATUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ: DATA / HORA

ASS. E CARIÍMBU - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍMBU - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente orientado sobre cuidados, realizado SSVV com. Seguiu aos cuidados da equipe.

Ass. R. Castro
Enfermagem
DORVAL DA SILVA

TARDE: DATA / HORA

DATA / HORA

Sem intercorrências.

Ass. R. Castro

NOITE: DATA / HORA

NOITE: DATA / HORA

Paciente fora do leito 21:50h

Sem intercorrências

Ass. E. Carimbo
Enfermagem
CORDEIRO

ASS. E CARIÍMBU - UNIF. JUVENIL

Ass. E. Carimbo
Téc. Enfermagem
CORDEIRO

ASS. E CARIÍMBU - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

JOÃO

329

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 16/5/2019

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	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	Rotino
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 U/ML, GLICOSE 50% 40	
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

DR. PEDRO DI GIOVANNI
CRM/RN 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	130/80	81	18	36,4C	+	+
12H	130/80	89	17	36,0C	+	+
18H						
24H	130/80	79	19	36,0C	+	+

18:21 DEXTRO

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO CARLOS DOS SANTOS HD

DATA: 16/05/89 SEXO: M IDADE: 30 PESO: 70 KG. *ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATER central	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)		DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X)		NÃO (X)	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)		QUAL?	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: 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
 RÍTIMO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 FREQUÊNCIA: EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚLTIPLAS VESICULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

MOEDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RÍTIMO CARDÍACO: REGULAR () IRREGULAR ()
 PEREUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A: () ABSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

ESPOINTÁNEA () ESTIMULADA () DISTOSTOMIA () SVB () LIAPNCA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COAGULADA () QUICURIA () PROLÚRIA () OLIGURIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () INCAPACIDADE DE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOSTIMULA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRÔNICO 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 VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS 'TOT'
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA MASEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 12 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
- () MANTER JEIUM A PARTIR DAS 12 HORAS
- () REALIZAR BANHO AO BANHO DE ASPERÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 12 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

Assinatura e rubrica do enfermeiro responsável, com data e hora.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA 11/05/2015 HORA 11:00

MANHÃ:
Semelhante a habitual, muito ofegante
com uso de 10ml Soro fisiológico na
alergia, não houve uso de 10ml com
fórmula, selando bem em física
fórmula física normal

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA 11/05/2015 HORA 18:00

MANHÃ:
Pete com aparência muito
Sintomas físicos: segue com
dados de enfermagem

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
Técnicos de Enfermagem
COREN-RR 916.123

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA / HORA

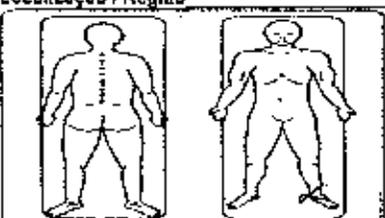
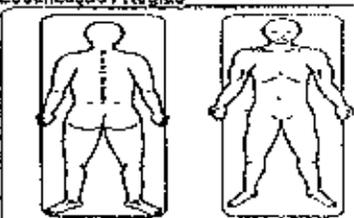
NOITE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
COREN-RR 694.727

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM 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 das Santos

DATA: 16/05/19 <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 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: _____		
Ferimento da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Apariência 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 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"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
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 Perifereional: <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 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>Momixi</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: Em caso de 1 de 24hs	17/05/19		
Limbo e Ass. em Enfermagem 01- <u>Valdo</u> 02-	01- 02-		
Limbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 1. Pacientes com 02 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	17/5/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND	
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				S/V	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/V	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retorno	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Alta	
14	CURATIVO DIARIO				m	
15	DEXTRO 12/12HS				(18) (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 1590						
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	135x80	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: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>17/05/19</u>	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	
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 <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	
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 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>M. Ameliana</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	
hora da Próxima troca:			
Se caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. do. em Enfermagem	<u>Valdo Cardoso da Silva</u> Aux. de Enfermagem COREN-PR 080.483.547	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Se presentes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sonia Augusto dos Santos DATA: 17/05/88 SEXO: FM IDADE: 2 PESO: 32,5 KG. LEITO: 323 HD 323 ALÉRGICO? ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATERE CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOLABIAL: SIM ()	NÃO ()	QUAL?	DATA:
DRENOS: SIM ()	NÃO ()		



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO 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
- () DESTRUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () AUTODESTIMA 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 DE SONO PREJUDICADO
- () DEGRADADA SUBJETIVA
- () SOBRECARGA
- () NÍVEL CARIÓTIPO PREJUDICADO

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DERMIDITES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
- LÚCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III
- CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: RECONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
- ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS H ACUIDADE AUDITIVA: N NORMAL () DIMINUIDA
- OBS: _____ HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

- TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: VELOCIDADE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: N AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

- CIRCULAÇÃO/ATOR DA PELE/MUCOSAS:
- MOURATADA () ÚMIDA () RESSECADADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () VETERGIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: MIOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

- APARELHO CARDIOVASCULAR
- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERCUSÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____

- APARELHO GASTROINTESTINAL
- APETITE: N NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- ABDOMEN: N LÚCIDO () TÍBIDO () TENDRO
- LIBERAÇÃO DE GÁS: N NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA
- ESTADO NUTRICIONAL: N NUTRIZADO () DESNUTRIZADO

- () RISCO PARA Quedas
- () AUTODESTIMA 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 DE SONO PREJUDICADO
- () DEGRADADA SUBJETIVA
- () SOBRECARGA
- () NÍVEL CARIÓTIPO PREJUDICADO
- () RISCO PARA Quedas
- () AUTODESTIMA 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 DE SONO PREJUDICADO
- () DEGRADADA SUBJETIVA
- () SOBRECARGA
- () NÍVEL CARIÓTIPO PREJUDICADO

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 66 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /OT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA MÁUSEAS 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 ACITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: --- H
- () REALIZAR DEXTRA --- HORAS
- () REORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO ND LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO --- H
- () REALIZAR CUIDADO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFERTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () CUIDADOS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / / HORA

MANHÃ:

AVOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA / / HORA

DATA / / HORA

TARDE:

TARDE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA / / HORA

DATA / / HORA

NOITE:

NOITE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

PA = 130 x 80
 P = 86
 T = 36.9°
 D = +
 E = 0

Ass. e Carimbo do Técnico em Enfermagem
 Nome: [Assinatura]

pac. em quimio para metástase em pulmão
 com alterações segun. art. superiores

Ass. e Carimbo do Técnico em Enfermagem
 Nome: [Assinatura]

pac. com sinais de desidratação
 sede, respiração ruidosa, pulso
 débil, vitais estáveis

Ass. e Carimbo do Técnico em Enfermagem
 Nome: [Assinatura]

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriana Rodrigues dos Santos

HD Doença de Crohn

DATA: 18/05/19

SEXO: (M) F

IDADE: _____

PESO: _____

KG: _____

LEITO: 309

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS

CATER/SONDA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL		LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENERJAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () OSEQUILIBRADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIABREIA
- () 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 CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PENIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE MIDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EUMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () DRIENTAR 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

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- PRATUBA 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 () ALÉRIA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TOXAS E PULMÕES/ PAORÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMURROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTES () TOSSSE: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
- CIRCULAÇÃO/CDR DA PELE/MUCOSAS:
- () HIBRATAVA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANTÓICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- ARTIMO 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
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () YMG PAUPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
- () HEMÁTICA () SQUORRUA () DIURIA () POLIURIA () DISURIA () ANÚRIA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ: ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA / HORA

Paciente bem quanto de aduq. Para a
higiene corporal e troca de lençol
Reduzido medicação e SSV de Duvidas
Segue as evoluções de enfermagem.

Prontidão Alexo Duarte
COREN-RR-524.651.1E

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO- ENFERMEIRO:

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO- TÊC ENFERMAGEM:

Paciente bem quanto durante a plantão
Realizado SSV de horário aprm.
Segue as evoluções de enfermagem.

SSV - Para do teste
Prontidão Alexo Duarte
COREN-RR-524.651.1E

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO- ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÍBICO- TÊC ENFERMAGEM:

ASS. E CARIÍBICO- ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍBICO- TÊC 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 **19/5/2019**

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	18:00
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	06:00
9	SIMÉTICONA 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	18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	22:00
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 UIE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40	
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Dr. Ronaldo Clem S.
 Médico
 CRM RR 1071*

DR. PEDRO DI GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	114/54	79	20	36,0	+	+
12H	112/70	83	39	36,1	+	+
18H	Ausente		do	lesto		
24H	118/70	80	20	36,0		

*Med. M. Macuxi
 Farm. E. Moraes
 CRM RR 129.687-TE*



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

nome: Stacy Fontoura

DATA: 14/05/19 SEXO: () M () F

IDADE: _____ PESO: _____ KG.

LEITO: 209 HD

• ALÉRGICO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL	DATA	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL	DATA	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____	DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____	DATA: _____	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____	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 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: () PÉNVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

- TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
- CIRCULAÇÃO/DOR DA PELE/MUCOSAS: _____

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

- APARELHO CARDIOVASCULAR
- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍPOME
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

- APARELHO GASTROINTESTINAL
- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NÚMERO () DESVANTAJADO
- R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ADOARME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGUA PAPEL
- () INVAZÃO/INFLAMAÇÃO/INFIÇÃO/... () INO ESTAO () INABÉL () CONSTIPADO () DIARRÉIA

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
- () PADRIGIA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFÉCT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTENSIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () REGULÇÃO PREJUDICADA
- () CONSCIENTE PREJUDICADO
- () RIGIDO CARDÍACO DIAFRAGMA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉNVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TQT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÉICAS
- () OBSERVAR PERRUSO 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 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 DEMAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS _____

12/1/2011

PROF. ALBERTO

DE 15:00 HS - 18:00 HS - 19:00 HS

Realizado limpeza em N.º 111, Município de São Paulo, com delicadeza.

STEFANIO M. MACHADO
Sua Empresa
Tel: (11) 5000-0000
www.stefanios.com.br

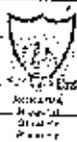
Paciente: WOTÉ, REG, 87m, queixas:

PROST NO LAÍDO MEDICADO, SSUV
ESTÁVELS. SEM AOS CUIDADOS.

Atendimento Clínico Farmácia
ENFERMAGEM
COPEN-RR 05A.118

Teófilo

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
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	PARACETAMOL PARA DM E LIA	30/2
2	ACESSO MÉDICO PERIFÉRICO	manhã
3	DIETETA 10 EV 8/8H	suspense
4	DIETETA 12/12H	SUSPENSO
5	DIETETA 16 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	CELEBRAZOL 40MG VO DE MANHÃ EM JEJUM	ob
9	DIETETA 10 COTAS 10 COTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	DIETETA 10 COTAS	Rotina
12	DIETETA 10 COTAS VO DE PAS > 160 S/DU PAD > 110 MMMHG	SN
14	DIETETA 10 COTAS (não tem mais curtiu)	14/10/19
16	DIETETA 10 COTAS	14/10/19
18	DIETETA 10 COTAS	14/10/19
20	DIETETA 10 COTAS	14/10/19
22	DIETETA 10 COTAS	14/10/19
24	DIETETA 10 COTAS	14/10/19

AVOITADO...
... SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
... PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS,
... LOTE, BEG.
... AÇÃO MÉDICA

D. Raphael Brum
CRL 1396

SINAIS	PR	TEMP	P	E
6 H	100	36	+	0
12 H	85	36,9	+	0
18 H	88	36,5	+	0
24 H	88	36,5	+	0

18h deitno
145 xldel

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA 10/05/2018 HORA 18:1h

Paciente está em jejum, queda de 1h e 2h
 AA. Paciente foi avaliada sem queda.
 O paciente vem bem, tem apetite, sem
 náuseas, segue nos cuidados de higiene
 sem incidentes.

TARDE: DATA 10/05/2018 HORA 18:1h ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA 10/05/2018 HORA 18:00

Pte de quimioterapia alérgica, se
 que com cuidados de higiene
 geral.

TARDE: DATA 10/05/2018 HORA 18:00 ASS. E CARIÓTIPO-TÉC. ENFERMAGEM:

Sem incidentes.

NOITE: DATA 10/05/2018 HORA 18:1h ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

NOITE: DATA 10/05/2018 HORA 18:1h ASS. E CARIÓTIPO-TÉC. ENFERMAGEM:

Realizada SGLN + medicação
 com SGLN e medicação. Segue
 com cuidados de higiene geral.

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO-TÉC. 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
IDADE		LEITO	329
ITEM		PRE-OP	DATA
			21/5/2019
		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N	
6	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	manter	
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	S/W	
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 MMMHG	Ali	
14	CURATIVO DIÁRIO (Sustengo)		
15	DEXTRO 12/12HS	18 (12h) 06 100mg/dl	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20	
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:

Perceção de dor e inchaço articular
Fisiológicas presentes
CD = MANUTENÇÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x69	84	-	36°C	-	+
12H	130x80	94	3.8	36.8°C	+	-
18H						
24H	120x80	89	-	35.4	+	+

6:00 Dextro. 100mg/dl

Dr. Lael Silveira
Médico
Cristiano 2019



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SARA JACSON DOS SANTOS HD _____
 DATA: 22/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO 328
 * ALÉRGICO? _____

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:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)		DATA:	DATA:
DRENOS: SIM () NÃO (X)		QUAL?	



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPÔSTA - 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 () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () GRAZÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

- ACTIVADA () LIMDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPÓCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
- () CLANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
- PERFUÇÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- LOCAL DO PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- PREVALÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
- RELE: () ACIDENTE () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DILATADO () TÊNDO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
- ELIMINAÇÃO: () NORMAL () PRESENTES
- DIARRÉIA: () PRESENTES () PRESENTES () PRESENTES () PRESENTES

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () INSEGURANÇA
- () MEDO
- () ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- DESEQUILIBRADA

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 15 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEIUM A PARTIR DAS 8 HORAS
- () REALIZAR DENTRO 2 HORAS
- () REORIENTAR 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
- () CONSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS

MANHÃ: _____
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA / / HORA

MANHÃ: _____
ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA / / HORA

TARDE: _____
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:
DATA / / HORA

TARDE: _____
ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:
DATA / / HORA

Paciente orientado para que suas necessidades sejam atendidas em relação a equipe.

Letícia Dias R. Castro
Técnica Enfermagem
CRF nº 207549

NOITE: _____
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:
DATA / / HORA

NOITE: _____
ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:
DATA / / HORA

Paciente no período com repouso e orientação para sua

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

Vanilson Moura de Araújo
COREN - RODRIGUES 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

Diagn: HC

Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828

Sator: BLOCO 3A

Leito: 323

Data de Emissão: 26/03/2019 21:02

Recabimento: 27/03/2019 06:31

Ordem: 1000925702

Resultado do Exame

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

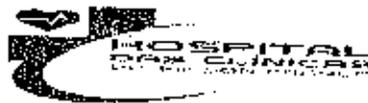

Vardiana Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRM/RR 436

Assinada em: 26/03/2019 21:02 - Rua: Rosalina, 11 - Bela Vista - FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA - CRM - RR 245-09

Este documento não pode ser usado para fins pessoais

23/05/2019 08:46

(*) Retificado
Página 1 de 1



Paciente: João Teodoro Dos Santos		Sexo: Masculino	Nasc: 15/06/1958	Idade: 61 ANO
Associação: 10000257	Número Interno:	Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828		
Origem: HC		Setor: BLOCO 3A	Leito: 323	
Data de Emissão: 26/03/2019 21:02		Recebimento: 27/03/2019 08:31		

Resultado de Exame

Amostra: 1000625701

COAGULOGRAMA COMPLETO

	Resultado	Referência
TEMPO DE ROTINA	SEM KIT seg	10.0 - 14.0 seg
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	SEM KIT	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31.2 seg	25.0 - 39.0 seg
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	SEM KIT	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	SEM KIT %	70.0 - 100.0 %

O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de coleta.

Amostras coletadas sob circunstâncias estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Gabriela C. Duarte
Gabriela C. Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRM-RR 114

Endereço: Rua Antônio Carlos, 6627 - Pampulha - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP: 31290-900
Telefone: (51) 3333-1111

23/05/2019 09:10

(*) Referência
Página 1 de 1



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	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	22/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SVN
2	ACI SSO VINOSO PERIFÉRICO				SVN
3	SSVV + CCGG 6/6 H				SVN
4	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20 ^h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SVN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SVN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SVN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SVN
9	SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SVN
10	DEXTRO 12/12HS. Correção ACM				ACM
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SVN
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					

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

Dr. Vitor J. Guimarães
 Ortopedista

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
 OPERCIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS,
 FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

	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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Soraia Roberto dos Santos
 DATA: 28/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____
 PESO: _____ KG. LEITO: 328 HD: _____

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
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-ABRÃO 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: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- ORIS: _____
- TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
- CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
- () HÍDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

- APARELHO CARDIOVASCULAR
- RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
- PENSIÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
- APARELHO GASTROINTESTINAL
- APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
- R.H.A.C: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () SISTÊMICO () TÊNDO () MÊNDO () MANSO PALPÁVEL
- ELIMINAÇÃO DE FEZES/ URINA/ SUDÓRIS
- () SUDÓRIS: () AUSENTE () PRESENTES () NORMAIS () ANORMAIS () SUDÓRIS: () AUSENTE () PRESENTES
- ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DEFICIENTE () PREJUDICADO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEFURÇÃO MULTICAUSA
- () CONFUSÃO DECAUSADO
- () DIFÍCIL COLABORAÇÃO
- () DEFURÇÃO

- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA ALIMENTAÇÃO 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
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEFURÇÃO MULTICAUSA
- () CONFUSÃO DECAUSADO
- () DIFÍCIL COLABORAÇÃO
- () DEFURÇÃO
- () MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANUTER MONITORIZAÇÃO
- () MANUTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TQT _____
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERLUSOS PERIFÉRICAS
- () 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 DEXTRO _____ 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 CONFORTE
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () CUIDADOS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ATUALIZAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>Paciente acordou, sentiu-se bem. Sem náuseas, vômitos, febre, tosse ou outros sintomas. Não houve alteração de peso e estado geral. Sem alterações de sinais vitais.</p> <p>ASS. E GARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E GARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>		
<p>Paciente acordou, sentiu-se bem. Sem náuseas, vômitos, febre, tosse ou outros sintomas. Não houve alteração de peso e estado geral. Sem alterações de sinais vitais.</p> <p>ASS. E GARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>Paciente acordou, sentiu-se bem. Sem náuseas, vômitos, febre, tosse ou outros sintomas. Não houve alteração de peso e estado geral. Sem alterações de sinais vitais.</p> <p>ASS. E GARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>		

Paciente acordou, sentiu-se bem. Sem náuseas, vômitos, febre, tosse ou outros sintomas. Não houve alteração de peso e estado geral. Sem alterações de sinais vitais.

ASS. E GARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA / HORA

Paciente acordou, sentiu-se bem. Sem náuseas, vômitos, febre, tosse ou outros sintomas. Não houve alteração de peso e estado geral. Sem alterações de sinais vitais.

ASS. E GARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA / HORA

Jacqueline Silva Lima
 Enfermeira
 COREN-PR 329390-ENF

Tereza Aparecida de Souza
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PR 970123

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 TÓRNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05
IDADE		LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO		PRE-OP DATA 23/5/2019
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		S/N
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		manha
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA 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 MMM/IG		
14	CURATIVO DIARIO		
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		

Dr. Marcus Brito
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 191770-6

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/80	88		36°	-	+
12H	140/80	75	20	36,3	-	+
18H	140/80	72		34,9	-	+
24H						

Jesivan

Jesivan

MANHÃ: EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DATA: 23/05/19 HORA: 11:00

Relatório global, queda de 1ml Suco verde. MA
Cauda hidrelétrica, normocéfalo, normoalveolar
Sem flutuação nasal, normoaxila e umbilical. Orelha
quarta otoscopia, função auditiva normal.
reflexos aquilares de eferm. Sem hiperreflexia

ASS: E. CARIMDO

MANHÃ: ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA: 23/05/19 HORA: 11:00

Parâmetros vitais e enviados e sem
o Químico. Realizado SSW de rotina.

ASS: JELSON REZO WITTE
ENFERMEIRO

16:00 23/05/19

sem intercorrências.

Associação de Enfermeiros de São Paulo
Tribuna de Classe
CNPJ: 07.043.120/0001-00

Paciente hoje para acite
objetiva para assepsia, higiene
bucal, higiene da pele, ou
descumprido, lavar as mãos
asséptico da manuseio

ASS: E. CARIMDO - ENFERMEIRO

Notas do leite materno SSW
estabilizantes sem os dados
da enfermagem.

ASS: E. CARIMDO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOAO 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 PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H 5N				5N
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h 5N				5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5N
8	OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5N
14	CURATIVO DIÁRIO				14h
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 DL/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	120/80	93	17	36°C	+	+
18H	Fono do	leito				
24H	110/70	80	18	36,6°C	+	+

18h
Dextro
246 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO NEVES DOS SANTOS HD

DATA: 29/05/18 SEXO: M () F IDADE: 30 PESO: 30 KG. LETO 30 *ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATERES E SONDAS		LESÕES	
CATER 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?			

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIBENTE 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: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DEBILITADA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉLVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EQUIVOCADO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚLTIPLAS VESICULAS: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
 CIRCUNSCRIÇÃO/LOCAL DA PELE/MUCOSAS:

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CLÁNDICA () ACANÓTICA () ACROGANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUÇÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () 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 () YANG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/OURESE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA
 () URINÁRIA () URINÁRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () RISCO PARA QUEDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA 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
 () REGULÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉLVIAS
 () 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 PERLUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉLVIOS
 () 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
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS: _____

MANHÃ: _____ DATA / _____ HORA _____

MANHÃ: _____ DATA / _____ HORA _____

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DATA: 25/05/2015 HORA: 20:00

Receber a visita e fazer a avaliação
dos dados e registrar no prontuário



TARDE: _____ DATA / _____ HORA _____

TARDE: _____ DATA / _____ HORA _____

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

NOITE: _____ DATA / _____ HORA _____

NOITE: _____ DATA / _____ HORA _____

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Receber a visita e fazer a avaliação
dos dados e registrar no prontuário
(Handwritten signature)

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:



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	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		329	DATA	26/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P DM E HAS				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mañ
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H				SUSPENSO
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 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				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				100, 14
15	DEXTRO 6/6H				06, 10
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:

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

Dr. Marcus Brumer
Médico
Ortopedia

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	37,5	+	0	224 mg/dl
18 H	NAO SE ENCONTROU						
24 H	123/73	92	20	36,8	+	0	134 mg/dl

Dr. Marcus Brumer
Médico
Ortopedia
Coram: 189.006.451

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	DATA
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO ()		DATA	DATA
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	

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 () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
- ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
- ACUIDADE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQÜÊNCIA: () EURRÍTMICO () TAQUIRRÍTMICO () BRADIRRÍTMICO () DISRÍTMICO
- MÚMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORADA
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

- () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CÍANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NDRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQÜÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.M.A. () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____
- () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELITM

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO 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 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
- () INCAPACIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRUTAÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DOR DE CABEÇA DIMINUIDO
- () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
- () MANTER MONITORAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS 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 ____/____ 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 JEJUNA A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- () 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

AMANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ: DATA / HORA

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA 26/05 HORA 18 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Revisão nos de laconha no livro

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA 26/05 HORA 23 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Muratti, Ana Lu Suave
Marta Capalunato FFP
Sergio Muradant

Enfermeiro
34473/ COREN - AM

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM

329



ESTADO DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

CLINICA MEDICA

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

HORÁRIO

1

DIETA ORAL P DM E HAS

SN

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

Manten

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

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 INTEN

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 DIARIO SN

SN

14

SSVV + CCGG 6/6 H

SN

15

DEXTRO 6/6H

Ratando

16

AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE

18/05/2019

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 DI/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 CLINICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

Dr. Marcelo Barbosa
Médico
Ortopedia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
6 H	130/90	67		36,3°	+	-	
12 H	130/90	80	18	36,3°	+	-	Yugim
18 H	140x90	96	-	35,7	+	-	310
24 H	129/77	75	16	36°	+	+	145 mg/dl 154 mg/dl

12 horas. obs: Paciente recusou a correção do dextro. insulina regular 6UI.

08h paciente sem físt. pt verificação do dextro - 154 mg/dl.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Roberto dos Santos HD
 DATA: 27/05/19 SEXO: (M) F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LITO: 328
 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETRES E SONDAS		LESÕES	
CATER Central	SIM () NÃO () LOCAL DATA	DIAGNÓSTICO	
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL DATA	() RISCO DE INEFCIAZ	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFCIAZ
SONDA VESICAL SIM () NÃO () LOCAL DATA	SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () LOCAL DATA	() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO () LOCAL DATA	DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____	() ANSIEDADE	() MEDO



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:
 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 DICERA 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 ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 ORS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIBRIDADA () GAMA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCÓRDEA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERÍODO PERIÓDICO: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILTRADO
 PULSO: () NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () HIPOTENSÃO () HIPERTENSÃO
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
 APTITUDE: () BOA () RUIM ()
 ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()
 () ANOREXIA () NÚCLEO ()
 () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO ()
 () HEMATECÍES ()
 () HEMATURIA ()
 () HEMÓRROIDES ()
 () HEMÓRROIDES ()
 () HEMÓRROIDES ()

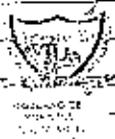
DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INEFCIAZ	() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFCIAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANUTER CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VIAS /TOT _____
() ENFERMAMENTO INEFCIAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESOQUILIBRADA	() ATENDER PARA QUEIXAS ÁLGICAS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ATENÇÃO PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFCIAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA
() DESOESTRUTURAÇÃO INEFCIAZ DE VIAS AÉREAS	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() FADIGA	() REALIZAR CONTROLE HIGIÊNICO DE _____ H
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() RISCO PARA QUECAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AUMENTADA PERITURBADA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() DIARRÉIA	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() CONSTIPAÇÃO	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACELERAÇÃO DA DIETA
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ENCAMINHAR AO BAMBINO DE ASPERÇÃO
() DOR	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() HIPOTERMIA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() HIPERTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() INEFCIAZ DA FELL PREJUDICADA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() INEFCIAZ DA FELL PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
() INEFCIAZ DA FELL PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMOLUÇÃO
() INEFCIAZ DA FELL PREJUDICADA	() OBSERVAR SINAIS DE ARIJO, JACÂNICA A ALTURA: _____
() INEFCIAZ DA FELL PREJUDICADA	() OBSERVAR SINAIS DE ARIJO, JACÂNICA A ALTURA: _____

MANHÃ EVOLUÇÃO DO USUÁRIO:	TARDE ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
DATA: 11/05/2016 HORA: 12h Paciente está em SUS de olho. Exames de laboratório em análise. Sem febre, oligúria e dispnéia. Sinais vitais: TA: 120/80. FC: 90. SatO2: 98%. Com o uso de O2 2L por minuto. Paciente em boas condições gerais.	DATA: 11/05/2016 HORA: 12h Paciente orientado, sem queixas relacionadas ao SSV com. Segue sob cuidados da equipe. Valéria R. Castro Técnica de Enfermagem EGREN-190402140
DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍBDO-ENFERMEIRO:	DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍBDO-TEC ENFERMAGEM:
DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍBDO-ENFERMEIRO:	DATA: 11/05/2016 HORA: 19h07min ASS. E CARIÍBDO-TEC ENFERMAGEM:
DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍBDO-ENFERMEIRO:	DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍBDO-TEC ENFERMAGEM:

Assistência da Costa Fortitudo
 ENFERMEIRO
 ENFERMEIRO

ASS. E CARIÍBDO-ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍBDO-TEC 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	26/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
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				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 8/6 H				planta
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PA> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				S/N
15	DEXTRO 8/8HS				S/N
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20 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 CIRURGICA

Indicado para OPERATÓRIO

Dr. Eider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	TOX	D	E	DXT	
6 H	100x70	84	36.9	+	-		06 64 mg/dl
12 H	140x80	73	36.8°C	+	+		14
18 H							22
24 H	100x70	73	35.5°C				22 185 mg/dl

*ferro
glicose
cpm
TCC com*

glic: Pac. com déficit acesso venoso!

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: DOUGLAS JOÃO DOS SANTOS

HD

DATA: 26/03/88 SEXO: M (M) IDADE: _____

PESO: _____ KG.

LEITO: 303

ALÉRGICO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
CATETER CENTRAL		SIM () NÃO (X) LOCAL	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO		SIM () NÃO (X) LOCAL	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>16</u> H
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)		DATA: _____	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)		DATA: _____	() TRANSPIRAÇÃO	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO (X)		DATA: _____	() MEDO	() ASPIRAR VAS / TOX
DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? _____		DATA: _____	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA QUEBRAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO			() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	(X) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III			() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			() FADIGA	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUVAGEM
PUPILAS: () IGUALES () NÃO IGUALES () ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIDRIÁTICAS			() RISCO PARA QUEIMAS	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() DEBRITA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACELERAÇÃO DA DIETA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OSTRUIDAS			() CONSTRIÇÃO	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA			() RISCO PARA CONSTRIÇÃO	() REALIZAR DEXTERO _____ HORAS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR SAUVEMO NO LETO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(X) REALIZAR MUDANÇA DE POSIÇÃO <u>3</u> H
FREQUÊNCIA: (X) TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			() JOR	(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES			() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
AUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			() HIPERTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
CIRCUNSCRIÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:			() INTOLERÂNCIA NA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
(X) HIDRATADA () ÚVIDA () DESIDRATADA () COMBADA () HIPOCOMBADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA			() SAGRAÇÃO NA SONDAS PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANÓTICA			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() ATIVIDADE FÍSICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTESSIMAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OUTROS
APARELHO CARDIOVASCULAR			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			() JOR	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() HIPERTERMIA	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () SUPLENTE			() HIPERTENSÃO	
PULSO: () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () TAQUICÁRDICO			() INTOLERÂNCIA NA PELE PREJUDICADA	
LOCAL DO PULSO: _____			() SAGRAÇÃO NA SONDAS PREJUDICADO	
APARELHO GASTROINTESTINAL			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
RÍTIPO: () SAUVEMO () CONSTRIÇÃO			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () DEFICIENTE			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
RÍTIPO: () SAUVEMO () CONSTRIÇÃO			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () DEFICIENTE			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	

Paciente submetido à cirurgia para a troca
 da prótese de quadril esquerdo. Pós-operatório
 em boas condições. Sem dor. Sem náuseas e vômitos.

TARDÉ: _____ DATA: _____ ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 HORA: _____

Paciente em boas condições. Sem dor. Sem náuseas e vômitos.

TARDÉ: 14h DATA: 26/03/19 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:
 HORA: 14h

Paciente em boas condições. Sem dor. Sem náuseas e vômitos.

TARDÉ: 14h DATA: 26/03/19 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:
 HORA: 14h

Paciente em boas condições. Sem dor. Sem náuseas e vômitos.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

OK

329

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

DIAGNOSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO

ALERGIAS

NEGA

IAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

321

DATA

1/3/2019

SEXO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DIETA ORAL PARA DM E IAS

5am

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

CLIF-PIML 1G EV 8/8H

FILATIL 20MG EV 12/12H

DIPIRONA 2G L.V 8/8H SN

PRAMAL 100mg 15L 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOER INTENSA

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

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SSVV + CCGG 6/6 H

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

CURATIVO DIARIO

DEXTRO 8/8HS

AMFETRILINA 25MG VO À NOITE

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA 200-250; 2UI; 250-300; 4UI; 300-350;
 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 12 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, TOSSO OU DIARRÉIA.
 PURPÚRCICO, EDEMA, BCG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1826/RR

Horário	PA	FC	FR	TAX	D	E
8 H	130x80	80	20	105	+	+
12 H	120x80	73	18	36.5C	+	+
18 H	130x86	96	18	36.5C	+	+
24 H	110x88	78	18		+	+

Dextro 08:00 = 50mg/dl
 Recusa a glicose

Dextro 0:09:00 = 140mg/dl

ME AMB
 Cren-RB 77E
 Ufral

Dr. UFR 24 H 107

Dextro 08 h -> 57 mg/dl -> paciente recusa glicose, vai fazer alimentação, sua alteração

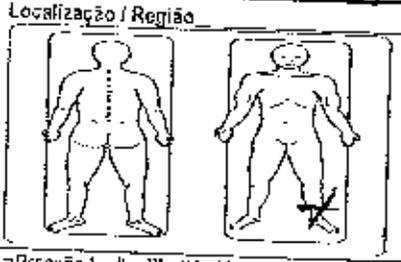


Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06 Data da Elaboração: Fevereiro 2013
 Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 329

Nome: **João Tendoes dos Santos**

DATA: **04/03/19**
 GRAU - I
 GRAU - II



DATA:
 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 Serosanguíneo
 Dor: Sim Não
 Ocor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor
 Condição da pele: Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Profissional: Prurido Outras
 Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro:
 Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro:

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 Escara
 Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante
 Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguíneo
 Dor: Sim Não
 Ocor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor
 Condição da pele: Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Profissional: Prurido Outras
 Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro:

Cobertura primária (Colato preso na lesão): Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro:
 Hora de curativo: Manhã **09:35** Tarde
 Data da Próxima troca: **05/03/19**
 Em caso de 1 de 24hs
 Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem: 01- **Eleneia Lopes de Sousa** 02-
 Carimbo e Assinatura de Enfermeiro: **Eleneia Lopes de Sousa** 01- 02-
 CRN: **COREN/RR 356835**

Cobertura primária (Colato preso na lesão): Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro:
 Hora de curativo: Manhã Tarde
 Data da Próxima troca:
 Em caso de 1 de 24hs
 Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem: 01- 02-
 Carimbo e Assinatura de Enfermeiro: 01- 02-
 CRN:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Couva Fee, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Waldemar José de Jesus SEXO: M () F IDADE: 39 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 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 (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>26</u> H
SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONTORIZAÇÃO
SONDA NASOENTERAL: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		(X) ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
DRENOS: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA		() MEDO	() ASPIRAR VAS /TOT
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		() ENFERMAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- ESCAMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (X) LOCAL: LOCAL GRAU I () GRAU II () GRAU III		() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESECURITIBRADA	(X) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	(X) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERIÚSO PERIFÉRICA
PUPILOS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA		() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA		() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS		() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR KAPVERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
OBS:		(X) RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
EXPANSÃO: () SIM () NÃO		() AUTOSTÍMIA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETNAÇÃO DA DIETA
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO		() DIARRÉIA	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> H
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO		() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTERO <u> </u> HORAS
MÚLTIPLOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍMOS () ESTERTORES () SIBILOS		() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LETO
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA		() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA		() DOR	(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA		() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EIV:
ABARELHO CARDIOVASCULAR		() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA		() PAORÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FALSO		() DESLITIGÃO PREJUDICADA	() OUTROS
POULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE		() CONJUNTO PREJUDICADO	
LOCAL DO PULSO: <u> </u> FREQUÊNCIA: <u> </u>		() DEFICIT CARDÍACO DIAFONICO	
ABARELHO GASTROINTESTINAL		() OUTROS	
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () ANÁXIA VÁGUA			
FIJAS: <input type="checkbox"/> ALVISCAS () PRESENTES			
ABDOMEN: <input type="checkbox"/> MIAZOS () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL			
ELIMINAÇÃO: <input type="checkbox"/> DISTURBADA			
URINA: <input type="checkbox"/> MIAZOS () MIAZOS () MIAZOS			
FEZES: <input type="checkbox"/> MIAZOS () MIAZOS () MIAZOS			

Waldemar José de Jesus

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESTRUTIVO () DESLITIGADO () CONJUNTO PREJUDICADO () DEFICIT CARDÍACO DIAFONICO () OUTROS

Waldemar José de Jesus
 Enfermeiro
 COORDENADOR

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 TORNOZÉLO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N
3	CETEPIME 1G EV 8/8H	22:00
4	KLATIL 20MG EV 12/12H	S/N
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 10mg 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 II	Retirar
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	Atenção
14	CURATIVO DIARIO	NA
15	DEXTRO 8/8HS	22:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20:00
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, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Solicito RX TORNOZÉLO @.

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	F	0	
12 H	100x70	70	17	37.2	+	0	
18 H	130x80	78	18	36.0	+	0	
24 H	119x76	76	18	36.3	+	0	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA I
TRAUMATOLOGIA

o ao Reduzido foca AUP glicose 124, fluindo bem.
obracos diurno molhada com onteia

04UI Regular
Dagand Soares-Ferreira
A. Ribeiro
20/02/2019
Kelliber e J. Clorofilia

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

AN. CÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 23/05 HORA 16:00

16:00 deixo 76ml de soro em 1 litro de soro e começo a diluir para 30ml de soro e glícemia 110mg/dl

[Handwritten signature]

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:

DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

NOITE:

07/10/03

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:

DATA / HORA

Realizo os cuidados de enfermagem e preparo de soro
332410



acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 329

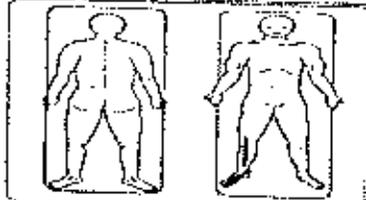
Nome:

João Teodoro dos Santos

DATA: 23/02

GRAU - I
 GRAU - II

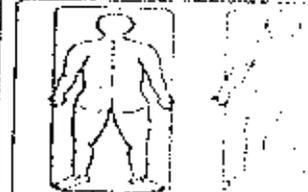
Localização / Região



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 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 Serossanguíneo

Odor:
 Sim Não

Odor:
 evidente na remoção da cobertura à beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Periestesial:
 Normal Macerada seca Eritema / Prur
 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 Prato
 AGE Outro:

Hora do curativo:
 Manhã Tarde

Data da Próxima troca:
 Manhã Tarde

Em caso de + de 24hs
trocar dia 24/02

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
01- sua Paula 02-

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				manter
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 INTE				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 DIARIO SN				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
15	DEXTRO 6/6H				Rolindo
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				18/06/20
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:

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 CLINICO
 PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

Dr. Marcus Brenner
 Médico
 CRM-FR 1817

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DIET
6 H					
12 H	120/90	100	18	36,7°C	353
18 H					
24 H					



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sofia Helena dos Santos

DATA: 28/05/18

SEXO: M () F ()

IDADE: _____

PESO: _____ KG

LEITO: 393

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER CENTRAL			
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	



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 ()

CARÇA 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 () OBSTRUIDAS HIGIENE BUICAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MÚLTIPLAS VESICULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVERTICIAIS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
 DIFICULTADE/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
 () CIANÓTICA () ACANÓTICA () JACRODANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FIBRILAR
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE
 RUA: () AUSENTE () PRESENTES ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () RÍGIDO () VAS PALPÁVEL
 ELIMINAÇÃO: () ALTO () BAIXO () FREQUENTE () RARAS () DIARREIA () CONSTIPADA () HEMÁTICA
 APARELHO GASTROINTESTINAL

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIAZ
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENERMENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PACIÊN DO SONO PREJUDICADO
- () REGULATÇÃO PREJUDICADA
- () CONHECIMENTO PREJUDICADO
- () RÍGIDO LABÍADICO DISTENDIDO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECERA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ 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: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- () 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 _____

28/05/12:00

Alta hospitalar

Clínica de Regia R. Castro
Unidade Enfermagem
SINDE-RR 907.549

ASS. E CASIMBO- ENFERMEIRO:

ASS. E CASIMBO- TFC 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: HC		Setor: BLOCO 3A	Leito: 323
Data de Emissão: 26/03/2019 21:02		Recebimento: 27/03/2019 06:31	

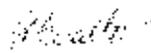
Amostra: 1000925703

Resultado de Exame
HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: 1126 - Automatizado (bc-5380)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	8,00 x10 ⁹ /uL	4,0 - 10,0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	58,50 %	50,0 - 70,0 %
LINFÓCITOS	33,00 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	5,00 %	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	2,80 %	0,5 - 5,0 %
PLASMÓCITOS	0,70 %	0,0 - 1,0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	4,29 x10 ⁶ /uL	4,32 - 5,52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	12,00 g/dL	13,5 - 18,0 g/dL
HEMATÓCRITO	35,20 %	40,0 - 50,0 %
MCV	82,00 ug/L	87,0 - 103,0 ug/L
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 - 56,0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	178,00 x10 ⁹ /uL	150,0 - 400,0 x10 ⁹ /uL
MPV	9,60 fL	6,5 - 12,0 fL
ADP	16,40	9,0 - 17,0
PCT	0,171 %	1,08 - 2,82 %



 Gezielte C. Duarte
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRM/RR 114



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: 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

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 12 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 Tri-Line, lote 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 nos 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).

Existem testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentam 100% de sensibilidade e especificidade, sendo altamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.


Valdiléia Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRM/RR 436

Endereço: Avenida Roberto Simões, 1500 - FARMACÉUTICA/BIOQUÍMICA - CRF - RR 24509

Endereço eletrônico: resultado@ccfene.evha.com.br

23/03/2019 08:38

(*) Revisado

Página 1 de 1



Paciente: Joao Teodoro Dos Santos	Sexo: Masculino	Nasc: 15/06/1958	Idade: 61 ANO
Solicitação: 70009885	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC		Setor: BLOOD 3B	Leito: 329
Data de Emissão: 09/05/2019 11:18		Recebimento:	

Resultado do Exame

Ordem: 7000988501

DOSAÇÃO DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado
0,81 mg/dL

Referência
Sem Referência

0,155

Este exame deve ser analisado preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAÇÃO DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado
45,81 mg/dL

Referência
15,0 - 40,0 mg/dL

Marcelo Pinhoza
Farmacêutico/Bioquímico
CRF/AM 1752

Responsável Técnico: Bracelina Anibal Alencar - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245719

Este exame é resultado de exame realizado somente pessoal

29/05/2019 08:45

(*) Retificado

Página 1 de 1

Paciente: Joao Teodoro Dos Santos	Sexo: Masculino	Nasc: 15/06/1958	Idade: 61 Anos
Solicitação: 70010089	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: JIC	Sator: BLOCO 3B	Loito: 329	
Data de Emissão: 24/05/2019 20:34	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 7001008902

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

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)

GLICOSE BASAL

Resultado

77,56 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

26,72 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

TGP

Resultado

23,36 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

46,42 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

CÁLCIO IÔNICO

Resultado

1,17 mmol/L

Referência

1,17 - 1,32 mmol/L

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

88,0 - 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

(1) Realizado

Página 1 de 2



Paciente: **João Teodoro Dos Santos**

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Solicitação: 70010089

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Lafio: 329

Data de Emissão: 24/05/2019 20:34

Recebimento:

Amostra: 7001008904

Resultado da Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M76 - Automatizado (bc-5380)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	7,35 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
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		
ERITRÓCITOS	4,35 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	11,90 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	35,60 %	40.0 - 50.0 %
MCV	81,90 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
MCH	27,40 pg	27.0 - 34.0 pg
MCHC	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 x10 ⁹ /uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
MPV	6,10 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/RR-526

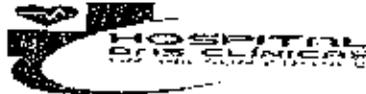
Dr. João Teodoro Dos Santos - Rua Manoel Izabel Mascato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 265.08

Este documento contém resultados mediantes sistema automatizado

24/05/2019 08:45

f) Revalidado

Página 1 de 2



Paciente: **João Teodoro Dos Santos** Sexo: Masculino Nasç: 15/08/1958 idade: 61 ANO
Solicitação: 70610089 Número Interno: Solicitante:
Origem: ITC Setor: BLOCO 3B Leito: 329
Data de Emissão: 24/05/2019 20:34 Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 7061008901

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Tecnologia: MSS - Autometizado (Kestiny 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
AAC	SEM KIT	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	SEM KIT %	70.0 - 100.0 %

Notas

O Centro de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de coleta.

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 Minas - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Telefone: (41) 3092-0000 ext. 2000 (central) ou 2001 (atendimento)

23-05/2019 08:45

(*) Refusado

Página 1 de 1

Paciente: Joao Teodoro Dos Santos	Sexo: Masculino	Nasc: 15/06/1958	Idade: 61 ANO
Registro: 70003585	Número Interno:	Solicitante:	
Unidade: 10		Setor: BLOCO 3B	Leito: 329
Data de Entrada: 09/05/2019 11:18		Recebimento:	

Resultado do Exame

Amostra: 700033502

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: SANGUE TOTAL

Tecnologia: I32E - Automatizado (bc-5380)

HEMOGRAMA	Resultado	Referência
HEMOGRAMA		
GLÓBULOS VERMELHOS	7,18 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
GLÓBULOS BRANCOS	62,10 %	50.0 - 70.0 %
PLAQUETAS	32,40 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	3,20 %	3.0 - 12.0 %
LINFÓCITOS	2,10 %	0.5 - 5.0 %
EOSFÍLOS	0,20 %	0.0 - 1.0 %
HEMOGRAMA		
HEMOGLOBINA	4,78 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMATÓCRITO	13,10 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMÁTICO	38,70 %	40.0 - 50.0 %
HEMÓCITO	80,90 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HEMÓCITO	27,40 pg	27.0 - 34.0 pg
HEMÓCITO	33,90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
HEMÓCITO	13,30 %	11.0 - 16.0 %
HEMÓCITO	45,30 fL	35.0 - 56.0 fL
HEMOGRAMA		
PLAQUETAS	187,00 x10 ⁹ /uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
PLAQUETAS	8,90 fL	6.5 - 12.0 fL
PLAQUETAS	16,40	9.0 - 17.0
PLAQUETAS	0,166 %	1.06 - 2.82 %

[Assinatura]
Gabriela C. Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRF/RJ 114



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	23/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sau
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				Sau
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				Sau
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Su
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Su
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Su
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Ratimo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Sau
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				24h 22 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, TOSSO OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h → 103 mg/dl

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	120/70	78	20	36,6	
12 H	120/80	87	19	36,5°C	+ Ø
18 H	130/90	77	19	36,0	
24 H	130/80	66	20	36,3	+ +

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06
Atualizada Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 329

Data de realização:
Revisão: 01/11/15

Paciente: João Teodoro

Data: 23/06/19

GRAU - I

ESCALA - II

Localiz.

Local da ferida

Características

Umidade de base do leito

Características

Odor

Exatidão da pele perilesional

Medicamento para a ferida

Medicamento tópico

Medicamento sistêmico

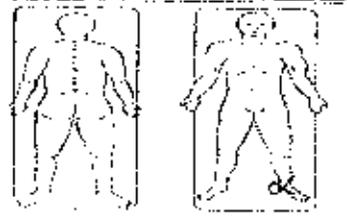
Medicamento

Medicamento

Medicamento

Medicamento

Localização / Região



Pressão I - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética

Neuropática - cirúrgica - Trauma - outra

Comprimento cm Largura: cm

Profundidade cm

Tecido de granulação coexistente

Tecido escabioso

seco, mínimo úmido, pouco

úmido, moderado molhado, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Serosanguíneo

Sim Não

evidente na remoção da cobertura a beira do leito

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

24/06/19

Valdo Cardoso de Sá

Aux. de Enfermagem

COREN-PR 100.000.000

Localização / Região



DATA:

I - GRAU - I

II - GRAU - I

Pressão I - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética

Neuropática - cirúrgica - Trauma - outra

Comprimento cm Largura: cm

Profundidade cm

Tecido de granulação coexistente

Tecido escabioso seco

seco, mínimo úmido, pouco

úmido, moderado molhado, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Serosanguíneo

Sim Não

evidente na remoção da cobertura a beira do leito

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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM -- HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Tadeu dos Santos HD Fabiano da Tomazella
 DATA: 23/04/19 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG, LETO: 320 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS		LESÕES	
CATER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS? SIM ()	NÃO ()	QUAL?	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 () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
- CABEÇA PEÇOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
 VAS AÉREAS SUPERIORES: PÉRVIAS () OBLISTRIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

- TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOA INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO
 MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVERTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS

- CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:
 HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: NORTERMIÇA () HIPERTERMIÇA () HIOTERMIÇA

- APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUÇÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL/CAROTÍDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

- APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
 R.H.A.: () AUSENTE () PRESENTES ARDORES: () NÃO () SIM
 ELIBERAÇÃO DE GÁS: FREQUENTE () INTERMITENTE () AUSENTE () RARAS

- ESTADO NUTRICIONAL: () BO () DEGRADADO
 () DEFICIT () EXCESSO () EQUILIBRADO () INDEFINIDO () NÃO APLICÁVEL

- APARELHO GENITÓRIO: () NORMAL () ANORMAL () NÃO APLICÁVEL

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
- () DISOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIOTERMIA
- () HIFERTERMIA
- () INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PAUSA DO SONO PREJUDICADA
- () DEFICIT DE CUIDADO
- () DEFICIT DE CUIDADO
- () DEFICIT DE CUIDADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16h H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS TOT
- () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
- () MANUTER PARA QUEDAS ALGICAS
- () ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE 16h 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 16h HORAS
- () REALIZAR DEXTRO
- () RECOMENHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECBITO 16h H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () CUIDADOS



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				suspense
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				13/28/06
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 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	+	+

14 L DEXTRO 18/06/19

148 DEXTRO 30h
132mg/dl
06h



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

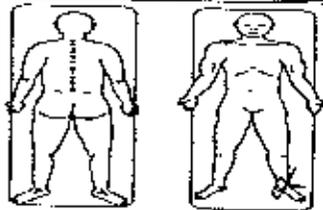
Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 24/04/15

Localização / Região

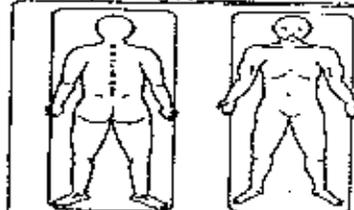


GRAU - I

GRAU - II

DATA:

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - II

Etologia	<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 estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <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 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 checked="" type="checkbox"/> Não
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	<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 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: Em caso de + de 24hs	25/04/15	
Limbo e ass. em Enfermagem	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		

Observações:

ORS:

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.

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
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manter
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		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 DIARIO		M.
15	DEXTRO 8/8HS		14/06/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		208
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	30°C	+	+
12 H	120x80	76	17	36.7°C	+	+
18 H	140x80	78	18	36	+	+
24 H	105x76	79	19	36°	+	+

Leoadina da Silva Rocha
Enfermeira
COREN-RR 551.943

glicose 22 → 124 mg/dL
06 → 75 mg/dL

Leoadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

16-6-14 mg/dL

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sone de Almeida dos Santos

HD

DATA: 25/04/83 SEXO: (M) F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329

• ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM ()	NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATERER CENTRAL	SIM ()	NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM ()	NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO (X)		DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X)	NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO (X)		DATA:	DATA:
DRISNOS: SIM ()	NÃO (X)		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 (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) PERVAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) PRAZÁVEL () PREGÁVEL

TOBAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO.

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
- FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
- MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- (X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NOMINACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
- R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBAME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () ÚMID PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPÍSCIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GINTURNÁRIO/DUREZ:

- (X) FENOMÊNICA () ESTIMULADA () DISTENSIVA () SVD () INFLADA () CONCENTRADA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA QUEBAS DESDEHIBITADA
- () INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBRSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEBAS
- () 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
- () DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () MANTER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DENTRO _____ / _____ 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

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA: 27/07/2016 HORA: 10:00

Reciente saída de quarto, otobol, Surruco
na. Enxada, 12 unidades, higiene. Satisfaca
Sem febre, oligúria, melhora nos raios x
Admitido em diálise, cuidados com diálise
função fisiológica normais. 12/07/2016
Etiologia da
SOPEN/PR 2016

TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ: DATA: 27/07/2016 HORA: 11:00

~~Com~~
Anticoagulantes.

TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:

Passada em nebulização, com um
ferromagnético

121 916 916
CORREIO
Te. de Enfermagem
CORREIO

NOITE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: 27/07/2016 HORA: 06:00 ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:

Part. no turno noite médica
com segue aos cuidados

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO- TEC 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
IDADE		LEITO	329 DATA 26/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		Sub
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manuten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspensio
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		Sub
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		Sub
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		Sub
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Ratima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		SN
15	DEXTRO 8/8HS		Sub
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		Sub
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:

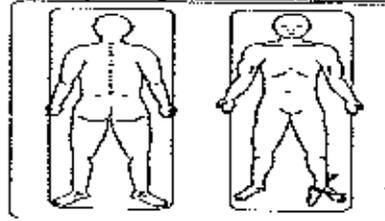
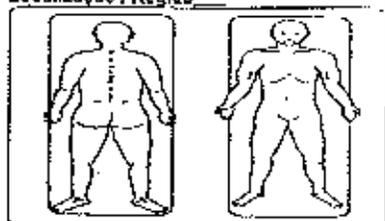
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1824/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	112/74	79	16	-	+	-
12 H	120/74	77	18	36.9	+	+
18 H	120/80	87	17	36.6c	+	-
24 H	118/80	80	18	-	+	+

16.2l Dextro 1.23 mg/dl
20.6h 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 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"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		
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. 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 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / / HORA	MANHÃ	DATA / / HORA
<p>Resenha atualizada. Paciente em internação há 05 dias. Apresenta sinais e sintomas de infecção urinária. Em uso de antibiótico. Sinais vitais estáveis. Sem sinais de desidratação.</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente em internação há 05 dias. Apresenta sinais e sintomas de infecção urinária. Em uso de antibiótico. Sinais vitais estáveis. Sem sinais de desidratação.</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Paciente em internação há 05 dias. Apresenta sinais e sintomas de infecção urinária. Em uso de antibiótico. Sinais vitais estáveis. Sem sinais de desidratação.</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Paciente em internação há 05 dias. Apresenta sinais e sintomas de infecção urinária. Em uso de antibiótico. Sinais vitais estáveis. Sem sinais de desidratação.</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>



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

HC

Almeida
Thalita Oliveira de Almeida
Enfermeira
CONEX-RR 32350 ENF
27/04/19

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		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
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 DIARIO		
15	DEXTRO 8/8HS		96
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		96
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. FUPNÉICO, 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°C
12 H	120/80	81	19	36.8°C
18 H	140/80	80	20	36.5°C + +
24 H	140/80	80	20	36.2°C + +

com dor no 71 mg/dt
Dor no 170 mg/dt
06 Oxetac 192 mg/dt
relaxou conexão



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO CARLOS HD 302 SEXO: M IDADE: 50 PESO: 50 KG. LETO: 302 * ALÉRGICO?

DATA: 10/01/1987

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:



LESÕES

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 () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOBR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUJOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/OR DA PELE/MUCOSAS:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () JACANÓTICA () JACROCIANÓTICA
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: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
EUNIVIRIAÇÕES/NUMEROS/EPÍDÍDISOS: () NDRIMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
EUNIVIRIAÇÕES/NUMEROS/EPÍDÍDISOS: () NDRIMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

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
- () 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 PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H
- () MANTER MONITORAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS /TCO
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EUNIVIRIAÇÕES.
- () 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 AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS:

MANHÃ: 08:30 Realizada a rotina em FE. Sinal vital está - vida de rotina e em bom estado.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: *[Assinatura]*
 Enfermeira
 COREN-PA 22350-ENP

TARDE: *[Assinatura]*
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: *[Assinatura]*
 Enfermeira
 COREN-PA 22350-ENP

NOITE: *[Assinatura]*
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: *[Assinatura]*
 Enfermeira
 COREN-PA 22350-ENP

MANHÃ: O local no Jato Lucido aonde está com AUP. Foi realizada curativo em ATE com 500gr e limpeza com solução de água.

Técnico de Enfermagem
 COREN-PA 60255-TE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 COREN-PA 60255-TE

TARDE: *[Assinatura]*
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 COREN-PA 60255-TE

NOITE: *[Assinatura]*
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 TÉCNICO ENFERMAGEM: *[Assinatura]*
 COREN-PA 60255-TE



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	DATA	28/4/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manten
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 + 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 MMMHG	SN
14	CURATIVO DIARIO	
15	DEXTRO 8/8HS	M
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	14-08-06
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 CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

14:00 Dextro -> 112 mg/dl

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	116/80	71	19	36.7°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
CRM 1828/RR

06:00h dextro 115 mg/dl



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Spau Roberto dos Santos

DATA: 20/07/19 SEXO: () M () F IDADE: _____

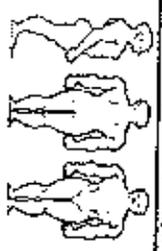
PESO: _____ KG. LETO: 329 HD: _____

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 ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
DRENOS? SIM ()	NÃO ()	QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SINAIS/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: PERCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () SEMI-CONSCIENTE () INCONSCIENTE () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
- ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉNVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- 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 () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSSÃO 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: () NUTRICO () DESNUTRICO
- RUIA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () ESCALDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VANG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/INJÉRIAS/FEJES/DIÓRIS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPADA () MALTINA

APARELHO GENITÓRIO/MAMÁRIAS/PROSTATA

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () ANDUBUO DE 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
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DESLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONEORTO PREJUDICADO
- () DEBILIDADE CARDÍACO DIMITUÍDO
- () TÓRAX:
- () MANTER VIAS AÉREAS PÉNVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TOT _____
- () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SANGUEM
- () VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ 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: _____

MANHÃ: _____ DATA: / _____ HORA: _____

TARDE: _____ DATA: / _____ HORA: _____

NOITE: _____ DATA: / _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANDRÉAO DUTRINHO DE S. ENFERMEIRO

MANHÃ: _____ DATA: / _____ HORA: _____

TARDE: _____ DATA: / _____ HORA: _____

NOITE: _____ DATA: / _____ HORA: _____

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Ass no letto, recebendo curativos e
verificação SSV's para as cateteres

Yvete Aparecida F. Nogueira
COFEN 510.152
CRP 27.818/PR

Desistente no leito em ar condicionado
recebendo medicações de horário
administrando em SSV's e sendo monitorada
22h recebendo 245mg/dl nos analges
do curativos para cateteres e curativos
e verificação curativos SSV's e verificação
medicações de horário administrando em SSV's
data 11/04/11

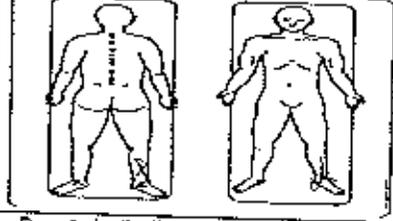
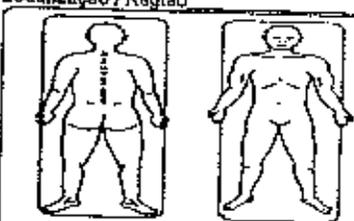
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
Yvete Aparecida F. Nogueira
COFEN 510.152
CRP 27.818/PR
Tel. Enfermagem
FAX: 0800-11-2801/05592



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: <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 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"/> 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 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			
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 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		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		01- <u>Lucilene</u>	02- <u>Maria Aparecida V. Santos Reis</u> CPREN 519.752	01-	02-

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 lesões, estas devem ser avaliadas 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	29/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sub
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUBPENSO
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 + COGG 6/6 H				Palma
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 1828/RR

DEXTRO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
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	110/73	89	18	38 C	+	+

139 mg/dL
 90 mg/dL
 313 mg/dL



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

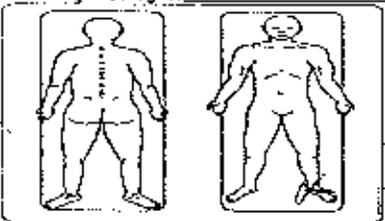
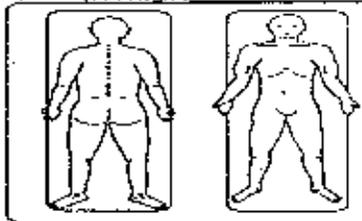
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 23/04/19 <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: _____	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 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"/> 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 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 AGE	<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	
Exímio e ass. em Enfermagem Exímio e Assinatura do Enfermeiro	Dr. Valdir Cardoso da Silva Ass. em Enfermagem COREN - RR 600 403 547	01- 02-	01- 02-
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
As feridas 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	30/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SNIP
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
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	SSV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E	Dextro
	6 H	25x79	84	20	36°C	+	
12 H	140/70	91	19	37.1°C	+	-	95 mg/dl
18 H	140/90	73	19	36.2°	+	0	
24 H	145/81	70	20	36°C	+	-	

Dr. Elder Soares
Téc. em Enfermagem
CRM: 1828/RR



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
IDADE		LEITO	329 DATA: 1/5/2019
PRESCRIÇÃO			
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SND
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		
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		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/GU PAD > 110 MMMHG	SN	Rotina
14	CURATIVO DIARIO		
15	DEXTRO 8/8HS		manhã
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		12h 22h 26h 124mg/dl
17			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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Eder Soares
Ortopedia e Traumatologia
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 - ventura = 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

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

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTOS 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 () AMISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SAZONÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

- () HÍDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA
- () 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 () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÃO/ESNÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS

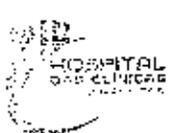
- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () UTERINA () CONCENTRADA
- () HEMATURIA () CRISTALINA () NUCLEADA () PRÓSTATA () PRÓSTATA () PRÓSTATA () PRÓSTATA

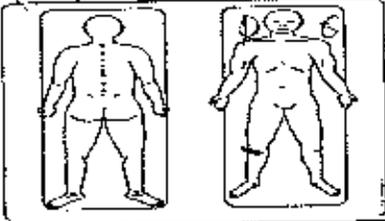
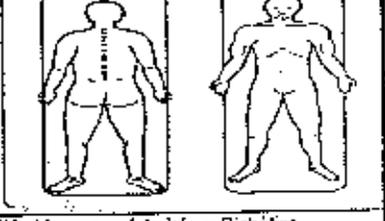
DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIAZ
- () 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 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 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 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 DISTENSAO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULACAO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS _____

	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>Servi, Leadora do 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"/> 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	
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"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Olor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Color: <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 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 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 (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		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Rubrica e Ass. do Enfermeiro 01- <u>Acácia</u> 02- <u>Monalis</u>		Rubrica e Ass. do Enfermeiro 01- _____ 02- _____	
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Soluções Programadas.
 Os pacientes com 02 ou mais feridas, essas devem ser evoluídas separadamente.

15/11/2019 13:50:58



JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/11/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE BOBATOIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

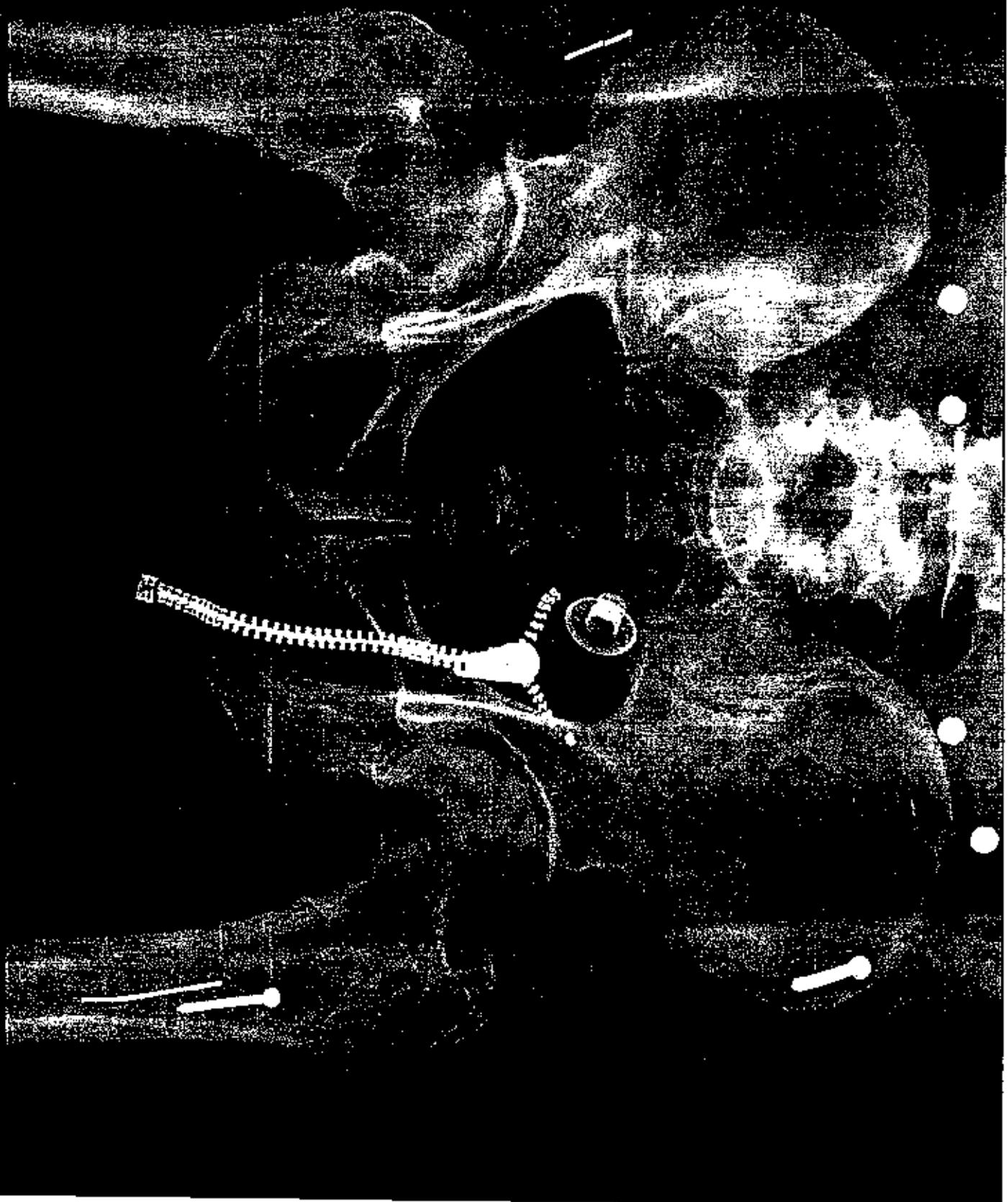
F



JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE BOBATA

D



.JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

IR. M. OSNEIRO D. VASCONCELLOS

07 3 2

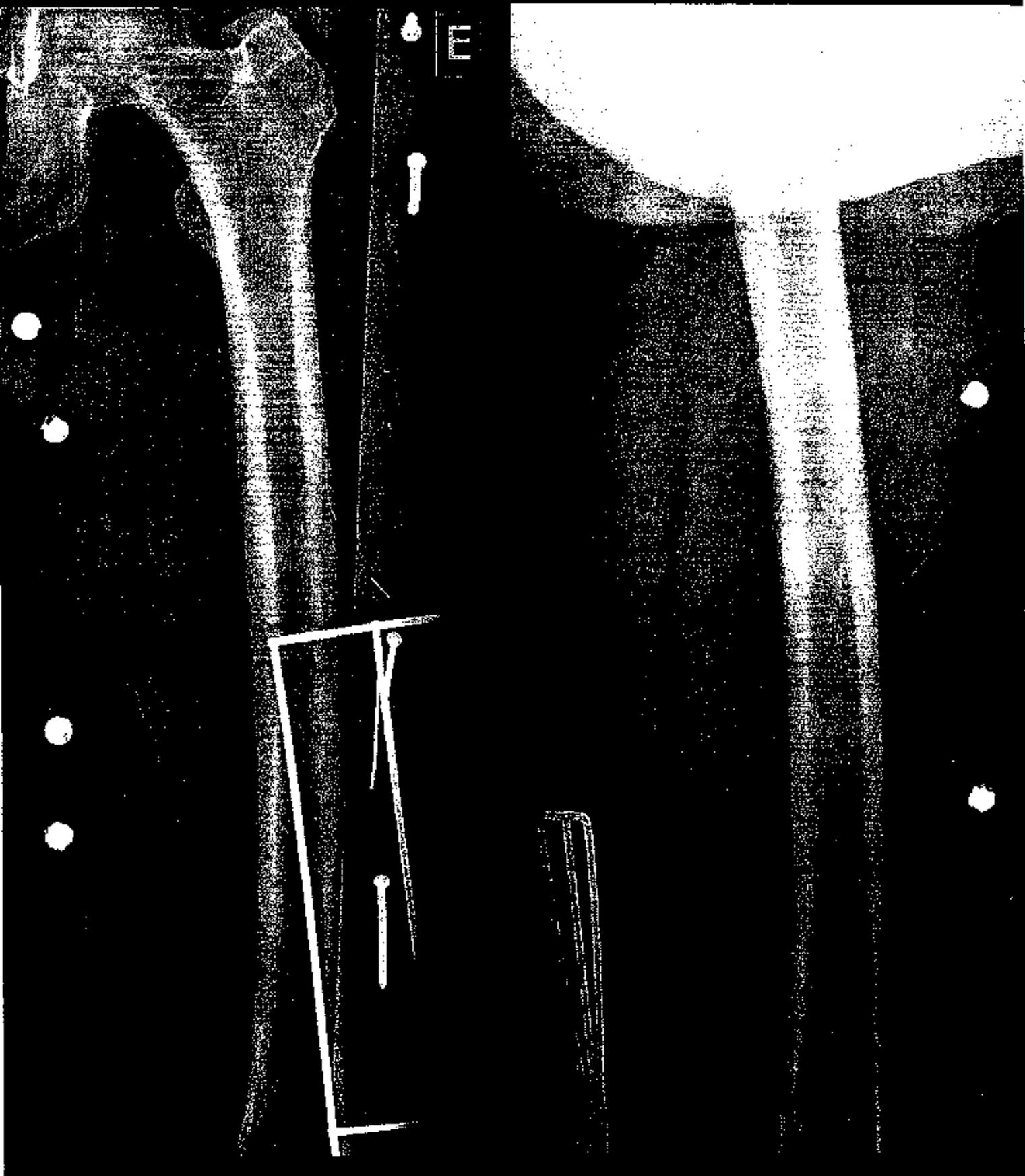
15/11/2018 14:54:24

EE

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA ED. ROSANGELA



E

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ FD. ROSANGELA

III

03%

JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

15/11/2019 14:54:26

WEGS, FID, ROSANGELA

71.2

5/11/2019 14:54:26



E

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

Jane Mércio

paciente af fratura de T2 (E)
 no aguardo para procedimento
 cirúrgico. no momento em
 posicionando de maneira
 sua primeira tentativa

28/05/19

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

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 18 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av.曹hido Juba Batista, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av.曹hido Juba Batista, 414 - Boa Vista - RR



GOV. DO RIO DE JANEIRO
 FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DO BRASIL
 COORDENADORIA GERAL DE ATIVIDADES ESPECIAIS
 SEGURANÇA DO SERVIÇO DA SAÚDE

João das Fontes

PROCURADOR

laudo

Fratura torçãdo (E), Evolucaõ 5 meses,
 indicado tratamento cirúrgico, porém proli-
 dermento não julgado e evolui com
 consolidaçaõ visuaõ, bloqueio articular.
 Lesão Remanente

Nº: 582.3

DATA 3.7.19

Dr. Dalson Feitosa
 Otorrinolaringologista
 CRM-RR 1920

ÁREA DE SINISTROS - DEVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 JUL 2019
 COMPANHIA SUIÇA DE SEGUROS S.A.
 Rua Cayula, 110 - Botafogo - 20250-000 - RJ

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM OTOLOGIA, ORL E
 RINOLARINGOLOGIA - Rua Cayula, 110 - Botafogo - RJ
 CEP: 20250-000 - Fone: 2507-0000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME RAIMUNDO NONATO SILVA DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

FILIAÇÃO YANIELMA PEREIRA SILVA NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DOC. ORIGINAL CERTID. MASC 2560 FLS 2 LIV A 43 VARGEM GRANDE-MA

CPF 475.628.463-91 AMAPÉU ROCHA TRIANI

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

7

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JUAG TEODORO DOS SANTOS

DOC. IDENTIFICACAO - CNH - NACIONAL
 140653 82P BX

CPF 187.882.291-00 DATA DE NASCIMENTO 13/06/1958

PLACAO MARIA TEODORO DOS SANTOS

PROBACAO 03290342217 VIGENCIA 06/01/2018 P. HABILITACAO 12/06/2004

VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL 860254881

PROBACAO PLASTIFICAR 860254881

Associação dos Santos

LOCAL BOA VISTA - BOA VISTA DATA DE EMISSAO 15/01/2018

44430474240 88207355562

DETRAN - RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME RAIMUNDO MONATO SILVA

FILIAÇÃO

YANGELINA PEREIRA SILVA

NACIONALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

SEXO MASC

CERTIDÃO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF 475.628.463-91

3 VTA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P 7

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 Nº 013161156225
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 01 COB-RENAVAM: 00902383167 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2018

NOME: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF / CNPJ: 187.682.291-00 PLACA: NAS6470

PLACA ANT. / UF: CHASSI: 9C2JA04207R023396

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/BIEL. 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. / OBTAS: 1*****

FAIXA / PVA: ISENTO (+ DE 10 ANOS) PARCELAMENTO / OBTAS: 2*****

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.00 JOF (R\$): R\$185.50 PREMIO TOTAL (R\$): R\$185.50 DATA DE PAGAMENTO: 09/10/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB. 30 DIAS ANOS DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR Antonio Francisco Bazzera Marques Diretor Presidente

DETRAN-RR DATA: 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS 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 COB-RENAVAM: 00902383167 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2006 CAT. TARIF: 9C2JA04207R023396

PREMIO TARIFARIO PAS (R\$): R\$81.29 DETRAN (R\$): R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4.15 JOF (R\$): R\$10.70 COTA ÚNICA: X PARCELADO: DATA DE DITACÃO: 09/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161156225
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 00902383167 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2018

NOME: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF/CNPJ 187.682.291-00 PLACA NAS6470

PLACA ANT./UF 9C2JA04207R023396 CHASSI

ESPECIE/TIPO PAS/MOTONETA/HAO APREID. 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 UNICA *ISENTO* VENC. COTA UNICA ***** VENC. COTAS 1*****
2*****
3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,7 IOF (R\$) R\$1,84 PREMIO TOTAL (R\$) R\$2,54 DATA DE PAGAMENTO 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB. SEU AMZ
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR Antonio Francisco Bezerra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR 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 CDD-RENAVAM 00902383167 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

CPF/CNPJ 187.682.291-00 PLACA NAS6470

RENAVAM 00902383167 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2006 CAT. TABE 9C2JA04207R023396

PRÊMIO TARIFARIO

INS (R\$) R\$81,29 DENATRA (R\$) R\$9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,7 PREMIO TOTAL (R\$) R\$86,08 DATA DE PAGAMENTO 09/10/2018

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 414 - 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) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe seqüela (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 seqüela 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 (Seqüela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% 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.


Dra. 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 araujo, Nº 1338
BAIRRO: Pirrolândia 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 () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Advogado
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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Torres, 4807 - Boa Vista - RR
Fone: (68) 3227-4122
Tufreidnaquino@cartorioaquino.com.br

123373.5d234808e7fc3
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de JOÃO TEODORO DOS SANTOS 123.873

Em testemunho da verdade, DDA,
De que dou fé, Boa Vista/RR, 08 de julho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cartaoportalelorr.com.br
RECFIR:169296E0C8V7A81K841111

Embutimento: R\$ 2,45 Fundus ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

123.873
Thamara Ribeiro de Sousa
Tabelião Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: João teodoro dos Santos
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: Mecânico
RG: 140.653 SSP/RR CPF: 197.682.291-00 ENDEREÇO: RUA/AV. R. ROSA DE OLIVEIRA DE ARAUJO, Nº 1338
BAIRRO: Pitrolândia CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP: 69.216.730

VÍTIMA: João teodoro dos Santos
CPF: 197.682.291-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recusado
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.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Toledo, 428 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (69) 3027.4124
daniel.aquino@cartorioonline.com.br

123373.5d134808e7fc3
Reconhecimento de VERDADEIRA a(s) firma(s)
*JOÃO TEODORO DOS SANTOS

Em testemunho de verdade, OSA
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 08 de julho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cicadas.portalrelm.com.br
RECFIR1662960CBV7AS1A941111

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

123.873

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Toledo, 428 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (69) 3027.4124
daniel.aquino@cartorioonline.com.br

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Toledo, 428 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (69) 3027.4124
daniel.aquino@cartorioonline.com.br

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

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



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: INTERRUÇÃO 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 do 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

7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: R. ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO 1338 6 - CPF: 187.682-291-00

11 - Bairro: PITOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 9 - Número: _____ 10 - Complemento: CASA

15 - E-mail: monata.silva638@gmail.com 13 - Estado: RR 14 - CER: 69-316730

16 - Tel. (DDD): 93 991144021

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 0006373
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
SEGURADORA S/A
R. Capitão João Batista, 44 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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

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: 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 QUE NÃO É TITULAR)

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - 02-08/19 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 REGISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 AGO 2019 SEGURADORA SIA

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS