



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109105

Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000003331-6

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

Pag. 01125/01126 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJY6C U3TJ4 ZVRY2 2QWM3

PROCURAÇÃO

Eu, LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA, brasileiro (a), SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador (a) da cédula de identidade RG nº 5759592, inscrito (a) no CPF sob o nº 754.043.381-72, residente e domiciliado (a) na AV: SUÍZ MAXIMILIANO TRIUNFO nº 30, Bairro HÉLIO CAMPOS, CEP 69.316-524, telefone nº 98109-700, Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 16 de JUNHO de 2020.

Luiz Felipe Santana Varela
OUTORGANTE.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831225761

NOME
LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
5759592 SSP GO

CPF
754.043.381-72

DATA NASCIMENTO
11/11/1994

FILIAÇÃO
ANDRE LUIS VARELA
MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06275206619

VALIDADE
15/03/2024

Nº HABILITAÇÃO
02/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Luiz Felipe Santana Varela

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
15/03/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
IGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

03805143516
RR210069970

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831225761

RORAIMA
DENATRAN-RO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 039542/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 08:06 Data/Hora Fim: 04/12/2019 08:13
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: j 034187 Data: 08/11/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: av ene garcez

Bairro: Mecejana

Ponto de Referência: hotel de transito do exercito

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: 2º SGT PM Nº 47000533

Nome Civil: KARLA GLEICE RENDEIRO ALVARENGA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: -----

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/11/1994

Profissão: Motoboy

Nome da Mãe: MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Nome do Pai: ANDRE LUIS VARELA

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 754.043.381-72

RG - Carteira de Identidade: 5759592

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV JUIZ MAXIMILIANO TR

Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 30

CEP: 69.316-524

Nome Civil: ADRIANA DOS SANTOS MOTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Portel

Sexo: Feminino

Nasc: 17/10/1982

Profissão: Cabeleireiro



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 04/12/2019 08:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 039542/2019-A01

Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: CICERA DOS SANTOS MOTA
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.105.722-15
RG - Carteira de Identidade: 182688

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R SEVERINO MINEIRO
Bairro: MECEJANA

Nº: 343
CEP: 69.304-480

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 811.175.822-72	Placa NAY4094
Renavam 01004152121	Número do Motor E3L4E-033486
Número do Chassi 9C6KE1940E0033480	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED
Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 05/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 198.348.371-00	Placa NUH3017
Renavam 01134801650	Número do Motor CNX105619
Número do Chassi 9BWJL45U9JP005484	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/SAVEIRO CD CROSS MA
Modelo VW/SAVEIRO CD CROSS MA	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/11/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

ADRIANA DOS SANTOS MOTA

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Conforme rop em anexo vem relatar que a comunicante 2º SGT Karla deparou-se com um acidente de trânsito, uma saveiro de placa NUH3017 e uma motocicleta Yamaha Ybr 125 de placa NAY4094, sendo que a saveiro trafegava na avenida forte são Joaquim sentido av Ene Garcez e a motocicleta trafegava na ave ne Garcez sentido aeroporto, momento em que a comunicante desceu de seu veículo particular para prestar os primeiros socorros a Luiz, que estava estendido ao chão na referida avenida, aparentemente inconsciente, manteve contato verbal com o mesmo que não respondia, mais estava



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 04/12/2019 08:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

respirando, populares auxiliaram na assistência a Luiz, ate a chegada do senhor Elivaldo da Equipe do Samu, que ia passando pelo local e parou para auxiliar Luiz; Que apresentava lesão corporal na cabeça; Em seguida a Sd Pm Ana Mendonça, também parou para apoiar nas demandas da ocorrência; Que foi acionado o ciops não foi possível deslocar vtr ao local; Foi acionada a pericia e também não foi possível o deslocamento; Que foi acionado o SAMU que prestou socorro a Luiz e o levou ao pronto socorro Francisco Elesbao, A motocicleta Nay4094 ficou bastante danificada, foi guardada no pátio do hotel de transito do exercito, por falta de alternativa, visto que não foi possível acionar o guincho e nem algum familiar de Luz; Que Adriana não apresentou lesões, informou que estava bem, somente nervosa por causa da colisão; Que o veículo Saveiro NUH3017 tambem ficou bastante avariada na parte frontal e permaneceu fincado na arvore que colidira; Que após a remoção de Luiz ao pronto socorro foi orientado que seria confeccionado um Rop e encaminhado ao Departamento de Policia; Os pertencer de Luiz (celular Motorola, carteira porta cédulas, óculos de grau, carregador de celular e um molho de ferramentas) foram entregues a sua genitora a Srª Gilvanete (Tel 981262086) no endereço informado por ser a única informação que o mesmo conseguiu prestar momentos depois; É o relato.

ADITAMENTO:

O B.O. EM TELA FOI ADITADO PARA ACRESCENTAR OS DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE; TAMBÉM QUE O CONDUTOR LUIZ COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA EM TRÊS LUGARES.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento



"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."

Visto UVE

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.											
901184210 08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19													
Paciente LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento 11/11/1994		Idade 24 A 11 M 27 D		CNS 75404338172		CPF 75404338172		Prontuário							
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 5759592		Órgão Emissor SSP/GO		Data Emissão 14/05/2009		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Naturalidade BRASILEIRA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Pai ANDRE LUIS VARELA		Contato (95) 99157-6808		Ocupação											
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR																	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis. Prehospital							
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão					
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por ANTONIA SOARES											
Queixa Principal "Queda de moto"		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue											
Anamnese do Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL													
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) <i>Doente trouxe pelo filho em prancha rígida e oxigênio cervical. História de colisão moto x carro sendo ele o motorista da moto.</i>																	
Exame Físico <i>Lesão em cabeça e MTE c/ anafixo reabilitado pelo SAMU.</i>																	
Hipótese Diagnóstica TCE grave																	
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:																	
PRESCRIÇÃO <i>Schale RX joelhos @ + bacia TC de crânio, tórax e abdome.</i>						APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO							
<i>Solicitado Ampliação pelo Neurocirurgião, Dr. Sérgio; ampliação a TC de crânio, contendo marca em observação neurologia com TC de crânio por via aérea. Sem contato pelo cirurgião geral.</i>																	
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:						☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /											
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica																	
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:00																	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/01/2010

O.S. _____

Luiz Felipe Santana Varela

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

VÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Posição um DDI e de irrigação;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal em coxa (E) + de melão por plomar
do lado posterior + mudança cunha + colocação de placa
DD 18 anfibio + parafuso + sutura de enxerto de
de taluma interna de coxa ilíaca + sutura um lado
posterior + sutura por plomar + anastomose
4. A QDA



Dr. Elzer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1528/RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi - Identificador: PJY6L CC3WX F7LD9 ZDXDU

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Luiz Felipe Santana Varelz					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
				Masc. [1] Fem. [3]	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fase de ferimento					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internação					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História + Exame físico + Neurológico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ferimento profundo de ferimento					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Penecal					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Penecal					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BÔNUS					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
CONFERE COM ORIGINAL					

Em 11/08/2020
Ass.: Guana



A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

URA: 17291 NORMAL DT. LEIT.: 12/09/2019 T. ENTR.: 07
DT. VENC.: 01/10/2019 TOTAL: 282,13 CARGA: 012

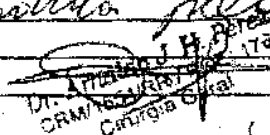
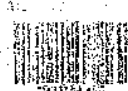
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA, brasileiro
(a), SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador (a) do RG nº
5753592, inscrito (a) no CPF sob o nº 754.043.381-78, residente e
domiciliado (a) na AV. JUIZ MAXIMILIANO, nº 30, Bairro
HELIQ CAMPOS, Boa Vista-RR, CEP 69.316-524, telefone
nº (95) 38109-7012, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 16 de JUNHO de 2020.

Luiz Fellype Santana Varela
DECLARANTE

Visto UVE

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
901184210 08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19			
Paciente LUIZ PELLYPE SANTANA VARELA Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade IDENTIDADE 5759592 SSP/GO 14/05/2009 M SOLTEIRO (APARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Data Nascimento Idade 11/11/1994 24 A 11 M 27 D CNB 75404338172 CPF 75404338172 Contato (95) 99157-6508 Ocupação		Pronto-socorro			
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Setor GRANDE TRAUMA		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento URGÊNCIA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		N° da Carteira Profissional do Atend. Procedência Procedimento Sol. Registro por ANTONIA SOARES		Validação Autorização Sis. Prenatal	
Queixa Principal "Queda de moto"		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) Paciente ferido pelo chute em prancha rígida e c/ lesões em nível de colisão móvel com o solo e com o motorista da moto.							
Exame Físico Lesões em cabeça e MTE c/ anafixo na região do corpo da moto.							
Hipótese Diagnóstica TCE grave							
SADI - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS							
PRESCRIÇÃO Solicito RX torax @ + basia TC de crânio, torax e abdome.		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Solicito avaliação pelo Neurologia, De São Paulo; avaliar a TC de crânio, solicitar exame de observação neurológica com TC de crânio anexa. Paciente sem convulsão pelo cirurgia.							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:					
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico  DR. ANTONIO H. B. 178 CRM/RORAIMA 178 Cirurgia Geral					
Impresso por: antonia.sobres Data Hora: 08/11/2019 13:34:00							

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - SEXO	
LUIZ TELLYRE SANTANA VARELA				Masc ☒ Feme ☐	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fase de fratura de fêmur (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internação					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História + Exame físico + Neurologia					
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL					
Fratura fechada de fêmur (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Pencaal					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - Nº DO BÔNUS					
34 - SÉRIE					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - CNPJ DA SEGURADORA					
36 - CNPJ EMPRESA					
37 - CNAE DA EMPRESA					
38 - CBOE					
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
41 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO					
43 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

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

Boa Vista, 21 de Novembro de 2019.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: Ingrid Raquel Pio Araújo

Nome Ingrid Raquel Pio Araújo

CPF nº 024.345.632-06

Grav de Parentesco: NOVA

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

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

Boa Vista, 21 de 11 de 2019. Hora: 19:30

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. André Dantas Marçal
Médico
CRM 1904

CRM 1904



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/11/19
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso DN: 7111194
DIAGNOSTICO(S): 1º de grau de insuficiência cardíaca

DIH: 20/11/19

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /)

Hb:

Ht:

Ur:

Cr:

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Na:

K:

Ca:

Cl:

HCO₃:

PH:

BE:

PO₂:

PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /)

Hb:

Ht:

Ur:

Cr:

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Na:

K:

Ca:

Cl:

HCO₃:

PH:

BE:

PO₂:

PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

Clonazepam + Sirtomilina

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com cirurgia
programada para dia 4/12/19
pela manhã

Boa Vista, 20 de Novembro de 2019. Hora:

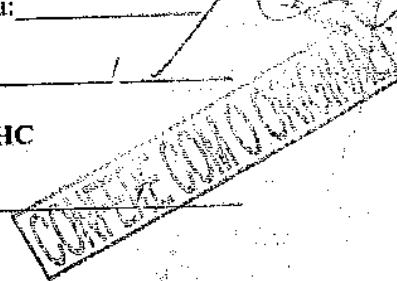
CRM

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. André Luiz de S. Velloso

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº do HOSPITAL	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE			10 - SEXO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CDD - CEE MUNICIPAL	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
MASC, 27 ANOS, ACID. (ARTRO-MOTO) HÁ 13 DIAS FX FEMUR DIAF (E) - ACIDENTE TRC CIRURGIC				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
A ALUNA				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
EX CLÍNICO RADIOLOGICO FX FEMUR (E)				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
24 - CID 10 PRINCIPAL				
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				
26 - CID 10 CAUSAS SECUND.				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
INTERFERONAS				
28 - CLÍNICA				
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
30 - DOCUMENTO				
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)				
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
34 - DATA DE SOLICITAÇÃO				
35 - ASSINATURA				
36 - DATA DE ASSINATURA				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
37 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO				
38 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
39 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
41 - EMPREGADOR				
42 - AUTÔNOMO				
43 - DESEMPREGADO				
44 - APOSENTADO				
45 - INSC. REG. INP				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - CDD ORGÃO EMISSOR				
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO				
49 - DOCUMENTO				
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLY DE SANTANA VARELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/84

DATA DE ADMISSÃO: 23/11/20

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX FEMUR (E)

ADMISSÃO MÉDICA

HDA: MASC, 24 ANOS S/ COMORB. OU ALERGIAS PREVIA
(PLISA) CARIÓ-TÍPO DIA 08/11/19
C/ RX EVIDENCIANDO FX FEMUR DIAF A (E)
NO MOMENTO C/ DOR LOCAL APÓS TRANSFERIR
S/ OUTRAS QUEIXAS

HPP: Ø ALERGIAS Ø COMORB
Ø CIR. PREVIAS

ECTOSCOPIA: REG, LOTE A 4 A. FUMEICO,

ACV: RIZ 77 BAFS/15

AR: MUO 1/2A

ABD: INO E ME

AVP: BPP, TEL 24 HRS, PANT. LIVRE

CONDUTA (A) ANALGESIA (B) AOS CUIDADOS ORTOT.

...Iuraido S. M. Oliveira
Médico

ASSINATURA E CARIMBO

COMPROVANTE



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Barbosa Moura ID 349 • ALÉRGICO? NÃO
 DATA: 11/12/2019 SEXO: () M () F IDADE: 34 ANOS PESO: 70 KG. LEITO 349

ENFERMAGEM DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>DATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>DATA</td> <td></td> </tr> </table>		CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA		SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA		☐ 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 ☐ 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 ☐ DEBITO CARDIACO PREJUDICADO ☐ OUTROS:	☐ 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 ALGÍCIAS ☐ ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS ☐ OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA ☐ MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS ☐ 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 ASPIRAÇÃO ☐ ORIENTAR AUTO CUIDADO ☐ REALIZAR BANHO NO LEITO ☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H ☐ REALIZAR CUIDATIVO DIÁRIO ☐ PREPARAR PARA EXAMES EM: ☐ REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO ☐ ESTIMULAR DEAMBULACÃO ☐ OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. ☐ OUTROS:
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																
CATETER 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- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO GRAU I () GRAU II () GRAU III () ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____ TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMUROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FRUFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITO: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO RUA: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES LUBRIFICAÇÃO/DEBILIDADE/EMISSÕES: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () ICTERINA APARELHO GENITURINÁRIO/URINÁRIO: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES																	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO: TARDE: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM: TARDE: 1800 DATA / HORA Presença no leito, sem grandes alterações de enfermagem. Comer Lupa, Flutuação de Sinais, Tendência de Cefaleia, Córnea R 910.123	
NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:		NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM: Feito medicação e cuidados apm. até o momento sem alterações.	

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTIC	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				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 ≥ 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90x60	84	-	36.2
12 H	90x60	73	-	35.8
18 H	90x70	82	-	36.7
24 H	119x76	94	-	36.6
24 H				

DR MARCUS BRONNER
CRM 1917

Atenção: 24/11/2019
paciente evoluiu bem a este,
sem intercorrências clínicas.
Também encaminhado
Núcleo de
CRM 7.2361

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO

1

AS
DE ENFERMAGEM
COM VAS
PÉRVIAS

CONFIDENTIAL

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		21/11/2019	DIH	8/11/2019	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
GNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	24	LEITO	319	DATA	21/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0.9% 500ML EV				SN
4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/8H				SN
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				SN
14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				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				
SOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D
6 H	87x50	68	-	36,2	
12 H					
18 H					
24 H	114x70	80	-	36,5	
24 H					

Dr. Haroldo S. M. Oliveira
Médico
CRM-RR 1888

CONFIRME COM ORIGINAL

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Lucas Felipe Vaito

HD

DATA:

22/11/18

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

319

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	

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 CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
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 ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSIOMIA () SVD () LIMPAS () CONCENTRADA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFERMENTAMENTO 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
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() AUTOTESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA FEBRE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

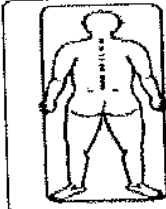
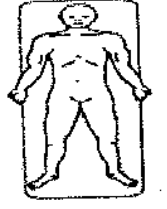
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABCÉLULA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
() ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALGICAS
() ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
ELIMINAÇÕES.() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
DIETA
() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() 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
ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ12E J5J2A N2E



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: <u>Luiz Felipe Valera</u>		Localização / Região: <u>MIE</u>	
DATA: _____	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II <u>x2</u>	 	DATA: _____ ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		Localização / Região: <u>Trax</u> ☐ 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 escabelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ 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 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: <u>Neomune</u>		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: <u>Diário</u> Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Indira Silva Rocha</u> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>COPEL 651.943</u>		01. _____ 02. _____ 01. _____ 02. _____	
OBS: _____		OBS: _____	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação deste em <https://proludi.tir.ius.br/proludi/> - Identificador: PJI2E J5J2AN2EAF 20Q6B



319

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNOSTIC	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	22/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18.00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				500
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Polina
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16
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 MEDICA:

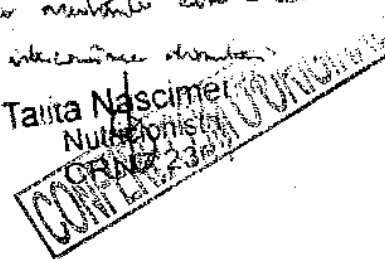
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	PR	TEMP	
6 H	98x61	89	-	+ 36.4°C	Resp - DR MARCUS BRUNNER
12 H	80x62	69	+	36.8°C	23 Sim CRM 1917
18 H	100x70	84	+	36	
24 H	111x56	80	-	+ 36.0°C	Resp - 2 V Sim CRM
24 H					

Prescrição de insulina - 22/11/19
paciente mantido com a dieta
sem intercorrências observadas

Tatiana Nascimen
Nutricionista



319

404
5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
		DATA DE ADMISSÃO	DIH	13/11/2019	DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISE E					
ALERGIAS	HAS		DM2			
IDADE	LEITO	401-5	DATA	21/11/2019		
ITEM					HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				21/11	
2	AVP				10/11	
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				10/11	
4						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				10/11	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				10/11	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10/11	
11	CURATIVO DIÁRIO				10/11	
12	SSVV + CCGG 6/6H				10/11	
13	FAZER DESMAME DE SVD				10/11	
14	RETIRAR SVD				10/11	
15	AO HC				10/11	
16					10/11	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM 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, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E # PRE						
SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
6 H	PA	FC	FR			
12 H	104/69	78	20	30		
18 H						
24 H						

Obs: Colhido material para exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Verificado SSVV okkk

CONFERE COM O ORIGINAL

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	23/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SLID
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				MAN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				DE
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (S/N)				
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				DE
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				DE
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:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	78	20	36°C	+0
12 H	100x70	81	-	36.2°C	P
18 H	90x60	78	21	36.7	Sever
24 H	100x60	92	20	36.3°C	+ +
24 H					

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

Marcus Brunner S. Lima
Téc. de Hemodinâmica
COREN: RR 297.945

Valdenice
Valdenice dos Santos Oliveira
Aux. de Enfermagem
COREN: RR 140.125

CONF. COM O ORIGINAL



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

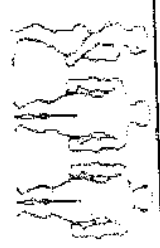
NOME: Lucy Felipe Voda SEXO: M IDADE: 31 ANOS PESO: 31 KG. LETO: 319 HD: FCR ALÉRGICO?

DATA: 23/11/19 SONDAS: 1 CATETER CENTRAL: 1 CATETER PERIFÉRICO: 1 Sonda vesical: 1 Sonda nasogastrica: 1 Sonda nasoenteral: 1 Sonda de drenagem: 1

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LOCAL		DATA
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:		
DRENO: 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: RESCOLO/ 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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VAS. AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOES INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:
() HÍDRATAÇÃO () UNIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIKA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () HÍPTICO () ARITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: 2 FREQUÊNCIA: 72

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R. H. A. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ MUSEU:
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CUSTODIADA () SVD () SUB- () SUB- () SUB- () SUB-
() HEMATURIA () LEUCORRÉIA () ORRÓIA () POLQUIA () POLQUIA () POLQUIA () POLQUIA

DIAGNÓSTICO
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ASFLEXIA
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilibrada
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 31 H
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERDURAS PERIFÉRICAS
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERÍODOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 31 H
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES:
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
DIETA
() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: 31 H
() REALIZAR DEXTRO 31 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 31 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: 31
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEMARCAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A
ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

CONDIÇÃO DO SONO PREJUDICADO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() OBITO CARIACU PREJUDICADO
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.		Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:	
DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA
TARDE:		TARDE:	
Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.		Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:	
DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA
NOITE:		NOITE:	
Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.		Adm. realizada com sucesso em agudo Sinais vitais estáveis. Sinais vitais estáveis.	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:	
DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA

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

ANEXO 1

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.G.R.		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Luiz Felipe Santana Vaz		6 - Nº DO PRONTO ATENDIMENTO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/94	
9 - SEXO MASC 1 FEM 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO R. DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. URB. MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente em tratamento de ferimento			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Internação			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ferimento abrasivo de ferimento			
21 - CID-10 PRINCIPAL 22 - CID-10 SECUNDÁRIO 23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Venâncio			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19/11/19			
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Venâncio			
33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - CNPJ DA SEGURADORA 36 - Nº DO BILHETE 37 - SÉRIE			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBO			
42 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ORGÃO EMISSOR 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Visto UVE

	GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA	1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
	Secretaria de Estado da Saúde	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho
	Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja
	Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo
		☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde
		☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.

1901184210 08/11/2019 13:33:14 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 19

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Previdência
LUIZ FELYPE SANTANA VARELA	11/11/1994	24 A 11 M 27 D		75404338172	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	5759592	SSP/GO	14/05/2009	M	SOLTEIRO/APARDA
Mãe					BOA VISTA - RR
MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA					BRASILEIRA
Endereço					Contato
RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - - - RR					(95) 99157-6808
					Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ANTONIA SOARES

Queixa Principal	☐ Síndrome Febril	☐ Sintomático Respiratório	☐ Suspeita de Dengue
Queixa de moto			

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)
Paciente chegou pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical. Trauma de colares motor e carro semu. ele é motorista de moto.

Exame Físico
Lesão em cabeça e HFE e/ anafixo relesados pelo SAMU.

Hipótese Diagnóstica
+CE, grave

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Solicito RX joelho @ + bacia		
TC de crânio, torax e abdome		
Solicito avaliação para neurologia, Dr. Santo; Avaliar a lesão		
crânio, com base para observação neurologia com TC de crânio		
torax.		
Requerer para avaliação pelo neuropia geral		

Conduta	☐ Ambulatório
☐ Alta por Decisão Médica	☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Pedido	☐ Internação
☐ Alta a Revelia	Data e Hora da Saída/Alta: / /
☐ Transferência para:	

óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica
-------	--	--

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------

Impresso por: antonia soares
Data Hora: 08/11/2019 13:34:00

1901184210

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJL2E J5J2A N2EAF 2QQ6B



LUIZ FELYPE SANTANA VARELA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

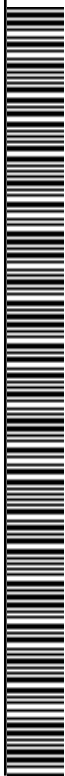
ID. 2991

Data: 22/11/2019

Nº LEITO 319

Téc. SUELI

58.1



Volte 2761 hora

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL2E J5J2AN2EAF 2006B

23/01/2020

Laudo Para Solicitação De A. I. H.

SD7-4

 Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE									
2 - CNES									
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE									
4 - CNES									
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE									
6 - N° DO PRONTUÁRIO									
7 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
8 - NOME DO PACIENTE									
9 - N° DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)									
10 - DATA DE NASCIMENTO									
11 - SEXO									
12 - RACA / COR									
13 - ETNIA									
14 - NOME DA MÃE									
15 - NOME DO RESPONSÁVEL									
16 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)									
17 - CID-10 PRINCIPAL									
18 - CID-10 SECUNDÁRIO									
19 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS									
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL									
24 - CID-10 PRINCIPAL									
25 - CID-10 SECUNDÁRIO									
26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS									
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO									
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO									
29 - CLÍNICA									
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO									
31 - DOCUMENTO									
32 - N° DO DOCUMENTO (CNS / CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE)									
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE									
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO									
35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)									
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)									
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO									
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
39 - CNPJ DA SEGURADORA									
40 - N° DO BILHETE									
41 - SÉRIE									
42 - CNPJ DA EMPRESA									
43 - CNAL DA EMPRESA									
44 - CBOR									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR									
47 - COD. ORGÃO EMISSOR									
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
49 - DOCUMENTO									
50 - N° DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR									
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO									
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)									

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Nova Roraima - RJ (RJ) 21.21-0620
RORAIMA
28 FEV 2020
Certificado em nome do paciente
Cópia autêntica do original
que foi apresentado neste hospital



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Luiz Felipe Santana Vasconcelos

Data: 15/01/2010

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

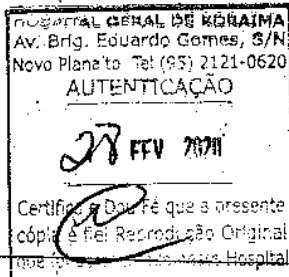
INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Preenchimento com DDM para irrigação;
2. AA + CCE;
3. Incisão alongitudinal em coxa (E) + de inclusão por plasma
até local fraturário + redução comuta + colocação de placa
DD 18 anglicar + parafusos + sutura de incisão com
de talão interna de osso ilíaco + sutura em local
fraturário humeral + sutura por plasma + irrigação
u. A RPA



Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

18/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

PARAFUSO CORTICAL Ø 4,5x34 mm MARCA ORTOSINTESE LOTE: 191006295(90)N1191006296(10)UN

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.000.134
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
1419 1210 6318 9700 0105 5500 1900 0001 3410 9000 0300

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
314190003415037 - 30/12/2019 17:15:08

RAZÃO SOCIAL DO ESTADUAL
240161736

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT
10.631.897/0001-05

NATÁRIO / REMITENTE
RAZÃO SOCIAL
DO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES

CNPJ / CPF
05.370.016/0001-00

DATA DA EMISSÃO
30/12/2019

Bairro/DISTRITO
NOVO PLANALTO

Cidade
69312-470

UF
RR

FONE/FAX
9521210521

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

VALOR DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBST	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.600,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.600,00

PORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
(9) Sem Frete

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CS	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
090908	PARAFUSO CORTICAL Ø 4,5x34 mm MARCA ORTOSINTESE LOTE: 191006295(90)N1191006296(10)UN	90211020	0400	5103	UNID	100,0000	16,0000	1.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ADICIONAIS

ACOES COMPLEMENTARES

PROCESSO Nº 007273/19-31

EMPENHO: 20501.0001.00.02604-8

BANCAIRIOS: BANCO DO BRASIL

A 261/4

CORRENTE 56.164.0

A OPTANTE PELO SIMPES NACIONAL

RESERVADO AO FISCAL

20 FEV 2021

Certifico a autenticidade e a presença da cópia da Reprodução Original para apresentação na de Hospita

Gerando em: www.fat.com.br

18/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.000.212
Série 001
Folha 2/3

CHAVE DE ACESSO
1412 0584 0362 6800 0173 5500 1000 0002 1219 1457 7910

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
314120000817572 - 30/05/2012 08:18:23

CPNF 84.036.268/0001-73

EDFEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.
R. Ajuricaba, 1553
centro - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241156

VENDE MERC ADO REC TERCEIROS D/E

240032055

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

84.036.268/0001-73

PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
724	AFASTADOR INIC TIR CHARLEY P QUADR - ORTOSIN - 2035	90189099	000	5102	UNI	2,0000	1.327,0000	2.654,00	2.654,00	451,18	17,00		
745	CHAVE COM JUNTA UNIVERSAL - ORTOSIN - 2021	90211020	000	5102	UNI	1,0000	460,0000	460,00	460,00	78,20	17,00		
746	EXTRATOR DE CABO - ORTOSIN - 4634	90189099	040	5102	UNI	1,0000	2.324,0000	2.324,00	0,00	0,00	0,00		
645	CORTADOR DE CABO - ORTOSIN - 4636	90189099	000	5102	UNI	1,0000	1.036,5000	1.036,50	1.036,50	176,23	17,00		
218	PERFURADOR INICIAL Ø 2,8MM - ORTOSIN - 2896 01	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10	17,00		
719	PERFURADOR INICIAL Ø 4,0MM - ORTOSIN - 2896 02	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10	17,00		
720	PERFURADOR INICIAL Ø 5,0MM - ORTOSIN - 2896 03	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10	17,00		
721	CHAVE INTRODUTORA 4,0MM - ORTOSIN - 2894 02	90211020	000	5102	UNI	1,0000	365,0000	365,00	365,00	62,05	17,00		
722	CHAVE INTRODUTORA 5,0MM - ORTOSIN - 2894 03	90211020	000	5102	UNI	1,0000	365,0000	365,00	365,00	62,05	17,00		
061	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 6F - ORTOSIN - 4003 04	90211020	040	5102	UNI	100,0000	100,0000	10.000,00	0,00	0,00	0,00		
722	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 7F - ORTOSIN - 4003 05	90211020	040	5102	UNI	41,0000	100,0000	4.100,00	0,00	0,00	0,00		
062	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 8F - ORTOSIN - 4003 06	90211020	040	5102	UNI	53,0000	100,0000	5.300,00	0,00	0,00	0,00		
063	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 9F - ORTOSIN - 4003 07	90211020	040	5102	UNI	35,0000	100,0000	3.500,00	0,00	0,00	0,00		
381	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 10F - ORTOSIN - 4003 08	90211020	040	5102	UNI	29,0000	100,0000	2.900,00	0,00	0,00	0,00		
349	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 12F - ORTOSIN - 4003 09	90211020	040	5102	UNI	93,0000	100,0000	9.300,00	0,00	0,00	0,00		
285	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 14F - ORTOSIN - 4003 10	90211020	040	5102	UNI	75,0000	100,0000	7.500,00	0,00	0,00	0,00		
178	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 16F - ORTOSIN - 4003 11	90211020	040	5102	UNI	25,0000	100,0000	2.500,00	0,00	0,00	0,00		
286	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 18F - ORTOSIN - 4003 14	90211020	040	5102	UNI	21,0000	110,0000	2.310,00	0,00	0,00	0,00		
30	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 6F - ORTOSIN - 4106 01	90211020	040	5102	UNI	50,0000	290,0000	14.500,00	0,00	0,00	0,00		
39	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 7F - ORTOSIN - 4106 02	90211020	040	5102	UNI	25,0000	100,0000	2.600,00	0,00	0,00	0,00		
42	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 9F - ORTOSIN - 4106 04	90211020	040	5102	UNI	99,0000	120,0000	11.880,00	0,00	0,00	0,00		
119	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 10F - ORTOSIN - 4106 05	90211020	040	5102	UNI	132,0000	100,0000	13.200,00	0,00	0,00	0,00		
32	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 12F - ORTOSIN - 4106 06	90211020	040	5102	UNI	1,0000	100,0000	100,00	0,00	0,00	0,00		
40	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 14F - ORTOSIN - 4106 07	90211020	040	5102	UNI	107,0000	100,0000	10.700,00	0,00	0,00	0,00		
11	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 16F - ORTOSIN - 4106 08	90211020	040	5102	UNI	19,0000	309,0000	5.700,00	0,00	0,00	0,00		
226	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 18F - ORTOSIN - 4106 12	90211020	040	5102	UNI	16,0000	300,0000	4.800,00	0,00	0,00	0,00		
25	PLACA PEQ FRAG 1/2 TUBO 4 FUROS - ORTOSIN - 4430 03	90211020	040	5102	UNI	24,0000	89,0000	1.920,00	0,00	0,00	0,00		
43	PLACA PEQ FRAG 1/2 TUBO 4 FUROS - ORTOSIN - 4430 07	90211020	040	5102	UNI	11,0000	80,0000	880,00	0,00	0,00	0,00		
88	PLACA PEQ FRAG TREVO 3 FUROS - ORTOSIN - 4605 01	90211020	040	5102	UNI	4,0000	378,0000	1.512,00	0,00	0,00	0,00		
72	PLACA PEQ FRAG TREVO 7 FUROS - ORTOSIN - 4605 05	90211020	040	5102	UNI	4,0000	150,0000	600,00	0,00	0,00	0,00		
55	PLACA T 1 FUROS - ORTOSIN - 4608 01	90211020	040	5102	UNI	10,0000	320,0000	3.200,00	0,00	0,00	0,00		
52	PLACA ESPECIAL T 03 FUROS - ORTOSIN - 4619 01	90211020	040	5102	UNI	2,0000	378,0000	756,00	0,00	0,00	0,00		
94	PLACA ESPECIAL T 04 FUROS - ORTOSIN - 4619 02	90211020	040	5102	UNI	10,0000	378,0000	3.780,00	0,00	0,00	0,00		
58	PLACA ESPECIAL T 05 FUROS - ORTOSIN - 4619 03	90211020	040	5102	UNI	5,0000	378,0000	1.890,00	0,00	0,00	0,00		
96	PLACA COLHER 05 FUROS - ORTOSIN - 4615 01	90211020	040	5102	UNI	3,0000	378,0000	1.134,00	0,00	0,00	0,00		
45	PLACA COLHER 06 FUROS - ORTOSIN - 4615 02	90211020	040	5102	UNI	2,0000	378,0000	756,00	0,00	0,00	0,00		
73	PLACA Y DIREITA 3 FUROS - ORTOSIN - 4615 01	90211020	040	5102	UNI	4,0000	148,0000	592,00	0,00	0,00	0,00		
64	PLACA Y DIREITA 5 FUROS - ORTOSIN - 4615 02	90211020	040	5102	UNI	6,0000	148,0000	888,00	0,00	0,00	0,00		
74	PLACA Y ESQUERDA 3 FUROS - ORTOSIN - 4615 03	90211020	040	5102	UNI	3,0000	130,0000	390,00	0,00	0,00	0,00		
89	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 05F - ORTOSIN - 3128 01	90211020	040	5102	UNI	6,0000	256,0000	1.536,00	0,00	0,00	0,00		
85	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 10F - ORTOSIN - 3128 07	90211020	040	5102	UNI	8,0000	480,0000	3.840,00	0,00	0,00	0,00		
00	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 12F - ORTOSIN - 3128 08	90211020	040	5102	UNI	3,0000	480,0000	1.440,00	0,00	0,00	0,00		
69	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 14F - ORTOSIN - 3128 09	90211020	040	5102	UNI	3,0000	480,0000	1.440,00	0,00	0,00	0,00		
01	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 60 3F - ORTOSIN - 4534 01	90211020	040	5102	UNI	225,0000	650,0000	146.250,00	0,00	0,00	0,00		
02	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 70 3F - ORTOSIN - 4534 02	90211020	040	5102	UNI	225,0000	650,0000	146.250,00	0,00	0,00	0,00		
39	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 70 12F - ORTOSIN - 4534 11	90211020	040	5102	UNI	225,0000	650,0000	146.250,00	0,00	0,00	0,00		
02	PLACA TUBO SDO 95° 7F - ORTOSIN - 4534 07	90211020	040	5102	UNI	225,0000	650,0000	146.250,00	0,00	0,00	0,00		

Impressão com o WebDANFE (www.webdanfe.com.br)

28/06/2020

Original

que foi assinado digitalmente

DANTE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica			
0 - ENTRADA 1 - SAÍDA		CHAVE DE ACESSO: 1414 0984 0362 6800 0173 3300 1000 0007 6816 5988 4901	
Nº. 000.000.768 Série 001 Folha 3/6		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
REZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 314140001942716 - 25/09/2014 11:06:48	
ICMS ESTADUAL: 240032055		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 84.036.268/0001-73	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	DICT	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
02666	PRESTAÇÃO DE PARAFUSO CORTICAL 3.5 ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	305,0000	305,00	305,00	51,85		17,00	
02667	PRESTAÇÃO DE PARAFUSO CORTICAL 4.0 ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	305,0000	305,00	305,00	51,85		17,00	
02668	MEDIDOR DE PARAFUSO PEQUENOS FRAGMENTOS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	324,0000	324,00	324,00	55,08		17,00	
02669	MODELADOR DE PLACAS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	143,0000	143,00	143,00	24,31		17,00	
02670	MODELADOR DE PLACAS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	143,0000	143,00	143,00	24,31		17,00	
02671	CHAVE SEXTAVADA 2.5MMX PINÇA P.BEQ FRAG 3.5 - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	175,0000	175,00	175,00	29,75		17,00	
02672	PINÇA AUTO-CENTRANTE 160MM - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	2,0000	253,0000	506,00	506,00	86,02		17,00	
02673	PINÇA DE FIXAÇÃO OSSEA 160MM - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	2,0000	477,0000	954,00	954,00	162,18		17,00	
02680	PINÇA PARA PARAFUSO 3.5 - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	29,0000	29,00	29,00	4,93		17,00	
02674	CAIXA P. POS FRAGMENTOS EM RADEL - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	1482,0000	1482,00	1482,00	259,54		17,00	
0218	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX14MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0219	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX16MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
01743	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX18MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0220	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX20MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0221	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX22MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0222	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX24MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0223	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX26MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0224	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX28MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0225	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0226	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX32MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0227	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX34MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0228	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX36MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0160	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX38MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0161	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0229	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX42MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0144	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX44MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0145	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX46MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0146	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX48MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0147	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0230	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX52MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0231	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX56MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0232	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX60MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0192	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX25MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0193	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0194	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX35MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0195	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0196	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX45MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0197	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0198	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX55MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	

m 14/07/2017 às 17:30:33

Por DANTE, Carlos danilson@nfe.com.br e NFE (UF - RJ) e NFE (UF - RJ)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amor, Fé e Trabalho Bem" —

FICHA DE ANESTESIA

Louiz Felipe S. Varela

[illegible]

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista

- 5mg SA. biperiden salisipolain
3. Ceftriaxone 2g @
4. Dexamethasone 30mg @
5. cefepime 100mg @
6. Hemithrombolytic 1g @



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Douglas Felipe Santana Varal, 25		001-3	176578	25 / 01 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossintese de Suplacula Fracto. Fêmur		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Laqueado + Conexão Ilíaca		08:30	10:15		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Marcelo Arruda		ANESTESISTA:		Dr. Fabion + Dr. Marisa	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Dr. Celso		INSTRUMENTADOR:			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		João e Samuel	
Dr. Fernando					
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO			
Q. NT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTs COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	cateter de O2	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO - equipo maior	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº 2.0/1	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pim	1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	equipo de sangue
1	DRENO DE SUÇÃO Nº	elétrico	1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	equipo maior
1	DRENO DE TORAX Nº	filon Nº 20	1	FIO CATGUT CROMADO Nº	atadura de crepom
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO PROLENE Nº	di 20cm
1	SERINGA 01ML	agulha de raqui	1	FIO SEDA Nº	200ml de clonixidine digormate
1	SERINGA 05ML	Insulina Phadoc	1	SURGICEL	50ml de álcool a 70%
1	SERINGA 05 ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 10ML		1	RIT CATARATA Nº	14mm de Plontiss psia
1	SERINGA 20ML		1	GEFOAM	Propri
1	300 ml de clonixidine digormate		1	FITA CARDIACA	gordin
1	rodado		1	OUTROS	materiais
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA-CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Jacqueline e Gabriela	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Samuel e Searno	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Leandro Felipe Santana Vaz		IDADE: 25 ^a	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 25/04/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Bacornio e Samuel	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Caixa de grandes Fragmentos Nº 4.5					
Dados dos materiais/ Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

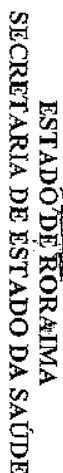
[illegible]

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: sua_mae_hor@gmail.com



Data de Nascimento: 11/11/99 Idade: 25 Setor/Leito: F 601-3
 Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não
 Data: 25/01/2020 504

CONFIDENTIAL 12744



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Luiz Felipe Sontzavalla
Responsável Cirurgião Dr Marcelo Aldenora

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade
☒ Siteio Cirurgico
☒ Procedimento
☒ Sim () Não
 Consentimento

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍMBOLO DEMARCADO
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

CONCLUSÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

PROXIMIDADE DO PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ml
() Não

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 25 / 01 / 2020

Assinatura

Hora: 08:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Ma. Cecilia

PAUSA CIRURGICA (Sala Operatoria)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação e
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

✓) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:**
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim,

Qual: California Hora: 09:00

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA
(Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS, ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

() Sim ~~(X)~~ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Sgtale Suana - 8731 M
Assinatura e Carimbo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Santana Vanda		601-3	
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	25.01.2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				10:22°
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10:22° 06°
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06°
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14:22° 06°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV. OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV. OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	Gefiraxana 2g (EV) 12/12H				08:20°
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, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUZA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	90x60	122	36,5°C
24 H	91x61	120	36,4°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

26/01/2020 06:00 PA 122/77 mmHg FC=125 T=35,6°C

12:10 Recebi paciente pós-operatório na região femur. segue em observação e aos cuidados da equipe.

15:45. Acompanhante relata que paciente apresentou sangramento intenso. Informado as enfermeiras plantonistas.

16:11. Médico realizou troca de curativo seloso, gls foi Solicitado.

Edson Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.456



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

BLOCO: 4B

LEITO: 4.27

De: Clínica Médica

Para: Ortopedia

Paciente 0,25 anos, com fratura de fêmur E
com tração. Solicita ortopedia para cirurgia
ortopedica (872)
Solicita Avaliação Cirúrgica!

08/03/2020

Data

Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
Ortopedia

MEDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Dr. Felipe S. Viana</i>				
AGNOSTIC <i>Dr. Felipe S. Viana</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	NEGA
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0,9% 500ML EV SA <i>10/12 h.</i>			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Printe. Dr. Felipe S. Viana
Dr. Felipe S. Viana
Dr. Felipe S. Viana

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
U/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: REG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO: RX, # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

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

Dr. Felipe S. Viana
MEDICO *Dr. Felipe S. Viana*
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

Protocollo n° 1

Versão:08

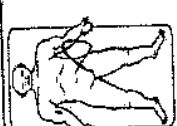
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA

Leito: 604-3

Data: 27/01/2020

Localização	 	Região: <u>FLANCO E</u> Grau: I () II (☒)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura ☒ Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () 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:	EMILIANA Buro S. Perceira Buro S. Perceira Buro S. Perceira	MONICA BRUNO EMILIANA
Observações:		

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

DATA DE NASCIMENTO: 16/11/94

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	<u>25/01/20</u>		
Nº BOLSA:	<u>0114200103021</u>	VOLUME:	<u>317ml</u>
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: <u>A+</u>	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	<u>10:05</u> h. T: _____	PA: <u>98x64</u> P: <u>101</u> FR: <u>20</u>	
MEIO (15MIN):	<u>10:20</u> h. T: _____	PA: <u>106x71</u> P: <u>101</u> FR: <u>5702 100%</u>	
FIM:	<u>12:20</u> h. T: _____	PA: <u>102x73</u> P: <u>109</u> FR: <u>SpO2 99%</u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Sampuel</u>			COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Andriana</u>			CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	____/____/____		
Nº BOLSA:	_____		
VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
MEIO (15MIN):	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
FIM:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____			COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____			CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	____/____/____		
Nº BOLSA:	_____		
VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
MEIO (15MIN):	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
FIM:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____			COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____			CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	____/____/____		
Nº BOLSA:	_____		
VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
MEIO (15MIN):	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
FIM:	____ h. T: _____	PA: _____	P: _____ FR: _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____			COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____			CRM: _____

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

VERSÃO: 17.00

HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

ESPELHO DA AIH

PAG.: 6

O.E: E140000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 02 / 2020

DATA: 24/01/2020

Num AIH: 142010115028-1

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 02/2020

Data Autorização: 21 / 11 / 2019

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: E140000010

CRC:

Doc autorizador: 980016289083924

Doc med resp: 703206642929192

Doc diretor clinico: 705005220101159

Doc médico solic: 703206642929192

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70360106094193-0

Paciente: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Prontuário: 2533

Data Nasc.: 11 / 11 / 1994

Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 5759592

Responsável pac.: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Nome da Mãe: MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Endereço: RUA RUA JUIZ MAXIMILIANO TRIN 0000030 CASA Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69316-524

Telefone: (95)9915-76808

Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 21 / 11 / 2019

Data saída: 31 / 12 / 2019

Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Liberação SISAID1:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0308010019	703206642929192	225125	9472339	9472339	1	11/2019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	708606519135385	225125	9472339	9472339	15	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	709208244686339	225125	9472339	9472339	24	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	201561850530005	225270	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0401010015	980016282247875	223505	9472339	9472339	3	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6	0401010015	980016294256564	223505	9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	0401010015	201561852580018	223505	9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	0401010015	980016283156504	223505	9472339	9472339	8	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
9	0802010016			9472339	9472339	8	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
10	0802010016			9472339	9472339	8	11/2019	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
11	0802010199			9472339	9472339	29	12/2019	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
12	0202020360			9472339	9472339	30	12/2019	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
13	0202010317			9472339	9472339	2	11/2019	HEMOGRAMA COMPLETO
14	0202010694			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CREATININA
15	0202030202			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE UREIA
16	0202010210			9472339	9472339	2	11/2019	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
17	0202010260			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CALCIO
18	0202010600			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CLORETO
19	0202010635			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE POTASSIO
20	0202020070			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE SODIO
21	0202020142			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO
22	0202020134			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
23	0202050017			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
24	0401010023			9472339	9472339	1	11/2019	ANALISE DE CARACTERES FISICOS ELEMENTOS
				9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V090	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

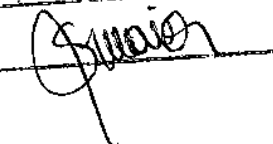
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 06 / 2020

Ass: 



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 00002533	Data Internação 21.11.19	Data da Saída 31.12.19
Número da AIH: 142010115028-1		
Enfermaria 3B	330	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339
Nome do Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
Cartão do SUS 703601060941930	Data de Nascimento 11/11/1994	SEXO 1 - Masculino
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 5759592		Raça/Cor PARDA
Nacionalidade BRASILEIRA		
Nome da Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANT		
Nome do Responsável LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		Fone p/ Contato (95) 99157-6808
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE		Número 30
Município BOA VISTA		Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.316-524

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1888	Médico Solicitante Haroldo	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0308010019	Procedimento Principal	Esp
C. Int 01	CID P 1023	CID S
CID CA	M. Sa 31	
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐ Alta ☒ Trans ☐ Obito ☐		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	7		20	2	1888		1	
02	7		31	1	1917		15	
03	7		44	1	1918		24	
04	7		213	2	463		1	
05	1	0401010015	28	1	36683		3	
06	1	11	29	1	1096		1	
07	1	11	37	1	35027		1	
08	1	11	41	1	90756		2	
09	1	11	109	2	34995		8	
10	1	11	16	2	14648		1	
11	57		953	2	12		8	
12	57		45	1	12		29	
13								
14								
15		327	1					

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 11/11/2020	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria 11/11/2020	CPF Auditor	CNS Auditor

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO				10 - RAÇA/COR			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF			
				19 - CEP			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
MASC, 24 ANOS, ACID. (ARTRO-MOTO) HÁ 13 DIAS FX FEMUR DIAF (E) - ACUMULADA TTD CIRURGIA							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
AG ALIADA							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
EX CLÍNICO RADIOLOGICO							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL			
FX FEMUR (E)				25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				PROCEDIMENTO SOLICITADO			
INTERNAÇÃO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
ORÇOPEDIA				31 - DOCUMENTO			
				32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
HAROLDOS M. DE OLIVEIRA				21/11/19			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Dr. Haroldos M. de Oliveira				Dr. Haroldos M. de Oliveira			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA				40 - Nº DO BILHETE			
41 - SÉRIE				42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA				44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
46 - () EMPREGADO				47 - () EMPREGADOR			
48 - () AUTÔNOMO				49 - () DESEMPREGADO			
50 - () APOSENTADO				51 - () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO				49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
11/02/2020				Dr. Wallyson Barbosa Moura			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
0308 01 0019				0308 01 0019			
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
+023				+023			



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLYDE SANTANA VAZELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/84

DATA DE ADMISSÃO: 22/11/99

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX FEMUR (E)

ADMISSÃO MÉDICA

HDA:	MASC, 24 ANOS, S/ COMORB. OU ALERGIAS PREVIA # (PLISAO CATRO-MOTO DIA 08/11/19 C/ RX EVIDENCIANDO FX FEMUR DIAF A(E). AO MOMENTO C/ DOR LOCAL APÓS TRANSPORT S/ OUTRAS QUEIXAS
HPP:	Ø ALERGIAS Ø COMORB Ø CIR. PREVIAS
ECTOSCOPIA:	REG, LOTE A. 1. A. EUTNEICO,
ACV:	214 27 BAVESIS
AR:	MU 1/2A
ABD:	INOCENTE
AVP:	BPD, TEL 24 SSEG, PANT. LIVRE
CONDUTA:	(1) ANALGESIA (2) AOS CURTADOS OZTOP.

Dr. Haroldo S. M. Oliveira
Médico

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guilherme

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		21/11/2019	DIH	8/11/2019		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA						
AGNÓSTI: FX FEMUR ESQUERDO						
ALERGIA:	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	24	LEITO	319	DATA	21/11/2019	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SN
3	SF0.9% 500ML EV					SN
4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/8H					SN
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H					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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					SN
14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					SN
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Haroldo S. M. Oliveira Médico CRM-RR 1888	
6 H	87x60	68	-	36,2		
12 H						
18 H						
24 H	114x70	80	-	36,5		
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.

Quiver



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Carlos

DATA: 21/06/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

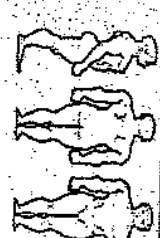
HD 319

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL:

GRAU () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

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

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

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

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

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

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () PRESENTES () ABSENTES () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () LING. PALPÁVEL

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURESE

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATÚRIA () COLÚRICAS () HEMÓRRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUIDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMIA 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 CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	319	DATA	22/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				San
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				San
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				San
10	SSVV + CCGG 6/6 H				San
12	CURATIVO DIARIO SN				San
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				San
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS V	PA	FC	PR	TEMP	
6 H	98x61	89	-	36.4°C	Resp. DR MARCUS BRUNNER
12 H	80x60	69	+	36.8°C	23 Jan CRM 1917
18 H	100x70	84	+	36	
24 H	111x56	80	-	36.6°C	Resp. - 23 Simon
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

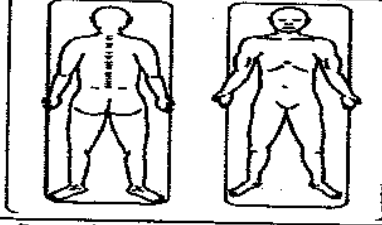
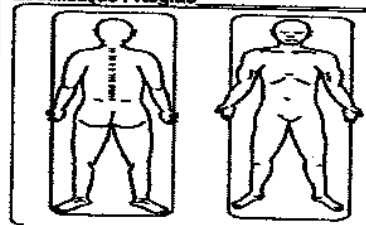
Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guilherme

Nutrição Clínica - 22/11/19
paciente nutricional com a dieta,
sem intercorrências clínicas

Taiza Nascimento
Nutricionista
CRM 2.2361

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: <u>Quir Felipe Valera</u>			
DATA: ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II x2	Localização / Região: <u>M I E</u> 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☒ Purulento ☐ Serossanguíneo	Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	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:	Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: <u>neomium</u>	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Jeandine da Silva Rocha</u> 02- <u>Elaine Alves de Sousa</u> Téc. Enfermagem COREN BR 664.943	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11</u> / <u>02</u> / <u>2020</u> Ass.: <u>[Assinatura]</u>		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Felipe Varela HD _____
 DATA: 22/11/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 319 ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() ANSIEDADE	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() MEDO	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() FADIGA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA QUEDAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				() DIARREIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBS:				() CONSTIPACÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				() RISCO PARA CONSTIPACÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE				() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS				() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO CARDIOVASCULAR				() CONFORTE PREJUDICADO	() OUTROS
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				() OUTROS:	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO:					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES					
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPLA () CONCENTRADA					

CONTROLE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Wallyson

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	23/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SMO
3	SSF 500ML EV ACM				manh
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (S/N)				06h
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				06h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				18h
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	78	20	36°C	18h
12 H	100x70	81	-	36.2°C	06h
18 H	90x60	78	21	36.7	18h
24 H	100x60	92	20	36.3°C	06h
24 H					
					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
					Maria Luiza S. Lima Fis. da Terapia COREN-RR 297.945

Valdenir
Valdenir dos Santos Oliveira
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 540.125

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guaren

319



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nome: Lucy Felipe Costa HD FCE • ALÉRGICO ?

Data: 23/11/19 SEXO: M () F IDADE PESO KG. LEITO 319

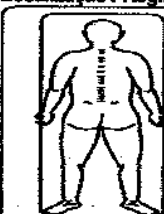
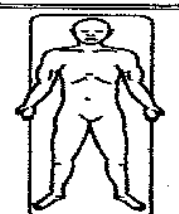
EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA:	
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO			
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> GRAU I () GRAU II () GRAU III ()			
CABEÇA/PEÇO/COLO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA			
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS:			
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO			
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE			
TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:			
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA			
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			
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO			
R.H.A.M. AUSENTES () PRESENTES			
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMC. PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS:			
() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA			
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:			
URINA: () ESPONTEÂNEA () ESTIMULADA () DISTORTIONADA () SVD			
() POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA			
HISTÓRIA DE HEMATURIA, URAS, COLÚRCIA:			

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA Quedas	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() DIARRÉIA	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H
() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
() CONFORTO PREJUDICADO	
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
() OUTROS:	

Em 11/02/2020 Ass: [Assinatura]

CONFERE COM ORIGINAL

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: <u>Luz F. Verde</u>	
DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II <u>x2</u>	  <u>WTE</u> <u>tração</u>
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 ☐ 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
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

ASS.: Synario

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	24/11/2019
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCOS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	90x60	84	-	36.2	
12 H	90x60	73	-	35.8	
18 H	90x40	82	-	36.7	
24 H	91x76	94	-	36.0	
24 H					

Elaine L. Magalhães
Enfermeira
COREN-RR 051566-ENF

Elaine L. Magalhães
Enfermeira
COREN-RR 051566-ENF

Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura
18/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guarier

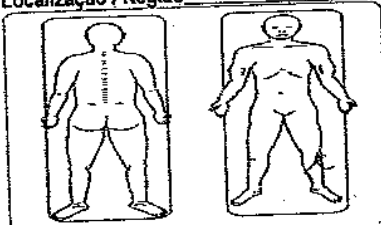
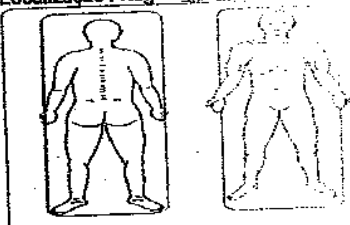
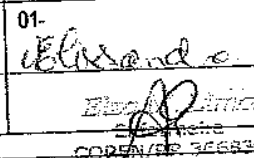
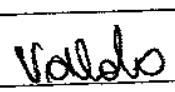
HOUSTON

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	25/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monta
3	SSF 500ML EV ACM				Acu
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18.00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				San
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				San
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				06.00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Patric
12	CURATIVO DIARIO SN				San
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16.00
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
SINAIS V	PA	FC	DOR	TEMP	
6 H					
12 H	100x70	77	+	36,8°C	
18 H	100x60	80	+	36,2	
24 H	100x60	82	+	36,1°C	
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guia

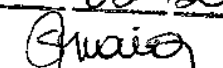
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

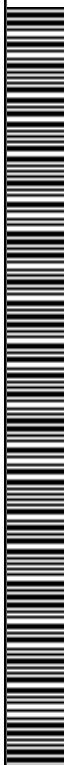
Nome: Luiz Felipe Vazolo			
DATA: 25/11/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ 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	
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 ☒ 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 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: neomina		☐ 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. Tés. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:		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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: 





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Varela HD _____ LEITO 319 • ALÉRGICO ? _____
DATA: 25/11/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. IDADE _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANTER	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTÉRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() ANSIEDADE	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?			() MEDO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO				() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III				() DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
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	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() TERAPÊUTICO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() AÉREAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS: _____				() FADIGA	() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() RISCO PARA Quedas	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO				() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR DEXTRO _____/_____ HORAS
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES				() DIARREIA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS				() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____/_____ H
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDIA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA				() PREJUDICADA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR				() DOR	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				() HIPOTERMIA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				() HIPERTERMIA	() OUTROS
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍFORME				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	
LOCAL DO PULSO: _____				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
FREQUÊNCIA: _____				() CONFORTO PREJUDICADO	
APARELHO GASTROINTESTINAL				() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	
APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO				() OUTROS	
R. H. A: () AUSENTES () PRESENTES					
ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () DOLOR					
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:					
() LIMPIDA () CONCENTRADA					
() ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD					
() POLIÚRIA () DISÚRIA					

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				acm
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				ok
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rita
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16:00
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:
3EG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

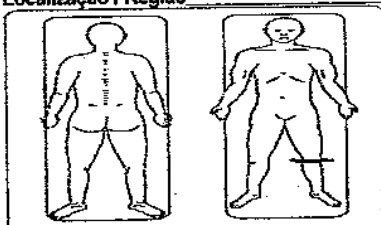
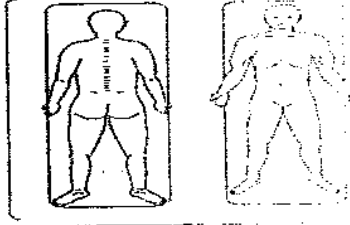
SINAIS V	PA	FC	ESF	TEMP
6 H	110/60	-		36.5°C
12 H	130x90	80	+	36.8
18 H	80x50	73	+	
24 H				
24 H	110/60	75	+	36.6°C

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: *[Assinatura]*

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: Luiz Felipe Vende			
DATA: 26/11/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☒ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☒ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☒ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		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		Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:		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: Alomexine		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ 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		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass: Quares



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HD _____

ALÉRGICO?

LEITO 319

KG.

PESO

IDADE

SEXO: M () F ()

NOME: Wallyson Barbosa

DATA: 26/11/19

LESÕES

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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

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

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

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

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

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA

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 () DISPNEICO

MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () 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

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/PRISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DILUIRESE: _____

DIAGNÓSTICO

() 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

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS

() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA						
AGNÓSTICO		FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	335	DATA	27/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					JND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Mou
3	SSF 500ML EV ACM					ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N					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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM					OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Dohre
12	CURATIVO DIARIO SN					S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA					16
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:
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	80x60	80	-	36.8C	+	6
18 H	100x60	80		37.2	+	1
24 H	100x60	67		36.1	+	10
24 H	100x60	90		36.2C	+	0

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Quiana



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HD Bot. Remov
 LEITO 335 • ALÉRGICO?
 PESO KG. IDADE F. SEXO: () M () F
 DATA: 27/11/19

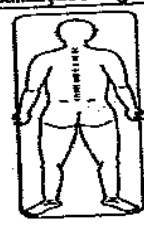
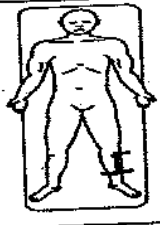
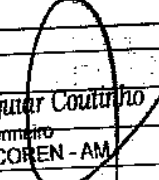
EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL						() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO						() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()						() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()						() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()						() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS? SIM () NÃO ()						() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO						() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ()						() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA: PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						() TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA						() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS:						() RISCO PARA QUEDAS	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO						() RISCO PARA LESÃO	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() AUTOESTIMA PERTURBADA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						() DIARRÉIA	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS
FREQÜÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS:						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> / <u> </u> H
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANOTICA () ACIANOTICA () JACROCIANOTICA						() DOR	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA						() HIPOTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR						() HIPERTERMIA	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OUTROS
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						() CONFORTO PREJUDICADO	
LOCAL DO PULSO: <u> </u>						() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
FREQÜÊNCIA: <u> </u>						() OUTROS:	
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO							
R. H. A. / AUSENTES () PRESENTES							
ABDOMEN: () FLACIDO () VING. PALPÁVEL							
ELIMINAÇÕES / NÚMEROS / EPISÓDIOS: <u> </u>							

CONFIRME COM ORIGINAL

Em 11/12/2020

ASS: Guioig

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 88 - 335		

Nome: <u>Luiz Felipe Varela</u>		Localização / Região		DATA:		Localização / Região	
DATA: <u>27/11/19</u>		  <u>tração</u>		☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		 	
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:		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida:		Comprimento: <u> </u> cm Largura: <u> </u> cm Profundidade: <u> </u> cm		Comprimento: <u> </u> cm Largura: <u> </u> cm Profundidade: <u> </u> cm		Comprimento: <u> </u> cm Largura: <u> </u> cm Profundidade: <u> </u> cm	
Aparência do Leito:		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato		☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ 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		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:		☐ Sim ☐ Não		☐ 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		☐ 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		☐ 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:		☐ 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:		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo:		☐ Manhã ☒ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs							
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem		01- <u>Sarah Moraes</u> 02- <u>Leina</u>		01- <u> </u> 02- <u> </u>		01- <u> </u> 02- <u> </u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				OBS:		OBS:	
OBS:		Junicley Aguiar Coutinho Enfermeiro 114.731 COREN - AM		CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/02/2020</u> Ass: <u> </u>		CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/02/2020</u> Ass: <u> </u>	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN				
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA						
AGNÓSTICO	FX FEMUR E						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	335	DATA	28/11/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE				21:00		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mante		
3	SSF 500ML EV ACM				A.C.H.		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N		
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				02		
10	SSVV + CCGG 6/6 H				D.H.M.		
12	CURATIVO DIARIO SN				S/N		
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16:00		
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: BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS							
DR MARCELO MARQUES CRM 1918							
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	F
6 H	102x63	80		36.2	+	0	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H	100x50	73	—	36.8 C	+	0	
18 H	100x60	73		37.1 C	0	0	
24 H	100x60	79		36 C	+	0	
24 H							

Interação Clínica:
paciente bem-estar bom a dieta,
muito bem com a alimentação

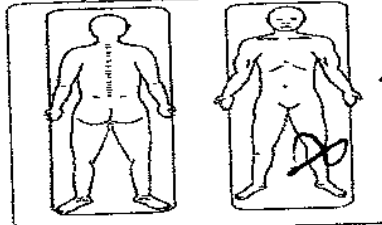
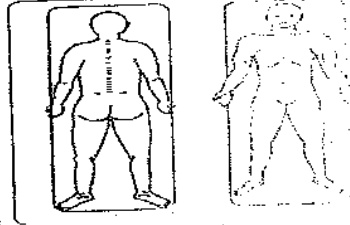
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guarany

1962-2010
NUNCIUM

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 335		

Nome: Luiz Felipe Vasela		Localização / Região: ME	
DATA: 28/11/19	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	DATA:	☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
			
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neurológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neurológica ☐ 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	
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 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:	Em caso de + de 24hs: Diário Valdo Cardoso da Silva		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Jeandina da Silva Rocha T.E. Enfermagem COREN-RR 551.943	02- Aux. de Enfermagem Valdo Cardoso da Silva COREN-RR 551.943	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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guaiú

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Felipe S. Barbosa HD Febril Femur
 DATA: 28/11/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO 335 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	DIAGNÓSTICO () 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 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPACÃO () RISCO PARA CONSTIPACÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRINCO 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 /TQT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () 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
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
LESÕES 																					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III CABEÇA, PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____																					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____																					
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO B. HAV. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. PARÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MILENA LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____																					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: () ESTIMULADA () GISTOSIOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA																					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
 Ass: Wallyson

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	29/11/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mau
3	SSF 500ML EV ACM				A/GH
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Doite
12	CURATIVO DIARIO SN				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				12h
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO . EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	Não verifico deficit fun / greve				
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	Não verifico deficit fun / greve em formagem				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: Guacira

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	30/11/2019
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SSF 500ML EV ACM				SND
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SND
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SND
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
12	CURATIVO DIARIO SN				SND
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SND
15					SND
16					SND
17					SND
18					SND
19					SND
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				SND
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS V					PA
6 H					FC
12 H					FR
18 H					TEMP
24 H					
24 H					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCOS BRUNNER CRM 1917					
Deficit de movimento					
Deficit de funcionamento					
Exfermaço em gen					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guia

Elan L. Magalhães
Superintendente

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guiaug

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	2/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAC
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				12
10	SSVV + CCGG 6/6 H				12
12	CURATIVO DIARIO SN				12
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				12
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	Def. de		func.		
12 H	Def. de		func.		
18 H					
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: Quang



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE: ____ PESO: ____ KG. LEITO: ____ • ALÉRGICO ? ____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM								
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() 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 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DÉBITO DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO () OUTROS:	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TOT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEIUM A PARTIR DAS: ____H () REALIZAR DEXTRO ____HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () 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
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA										
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA										
LESIONES 													
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTADA ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: ____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA/PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____													
TÓRAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____													
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO () H.A. () AUSENTES () PRESENTES - ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NUMEROS/ERIS/DIÓXIDO DE ENXOFRE () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA () ANÚRIA													

Em 11/08/2020
ASS: *Guilherme*

335

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	335	DATA	3/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H					
12 H	102	de	femur		
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: G. Quirino

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	335	DATA	4/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			marcelo	
3	SSF 500ML EV ACM			Riv	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			18	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N			18	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA			18	
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:					
REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	200/100 de fume.				
18 H					
24 H					
24 H					
			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		

335

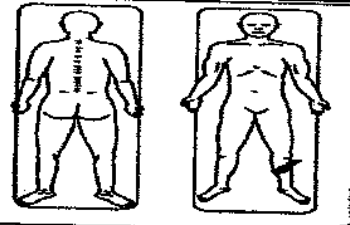
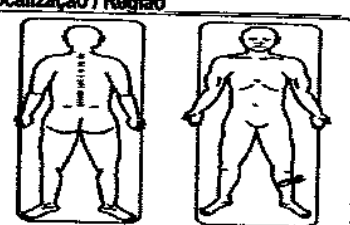
337
OK!

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guai

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 335		

Nome: <u>Leuz Fellype Vasela</u>			
DATA: <u>04/12/19</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <u>04/12</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☒ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		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: _____		Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		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: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: <u>Manhã</u> ☐ Tarde		Hora do curativo: <u>Manhã</u> ☐ 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 <u>01 Valdenice</u> 02-		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem <u>Valdenice</u> 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

11/02/2020
Guarany

337

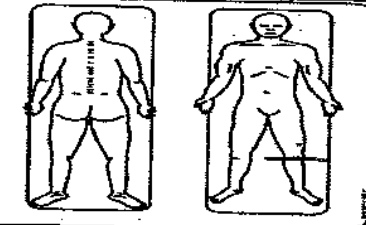
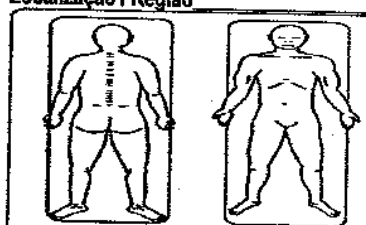
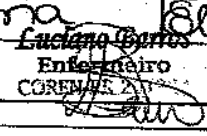
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	6/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				OG
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				OG
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				OG
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				OG
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H				OG
12	CURATIVO DIARIO SN				OG
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				OG
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	110/100	80			
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		

Nome: <u>Luís Felipe Santana Varela</u>			
DATA: <u>06/12/19</u> ☒ 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: <u>F.O.</u>	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	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:	Condição da pele Perifoneal:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:	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: <u>neomomicina</u>	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ 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	01- <u>Luciana Barros</u> Enfermeiro COREN/RS 211	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass: Guilherme

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	7/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				06-18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				06
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Notificação
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				46
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H					
12 H	110x60	74	-	36,5°C	
18 H	90x60	60	-	36,5°C	
24 H					
24 H					

foto AUP as 06:00 - 18:00

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guaia

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
DE RIO BRANCO

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

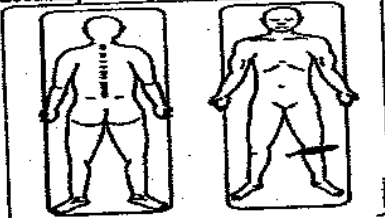
Nome: Luz Felipe Loure

DATA: 07/12/13

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



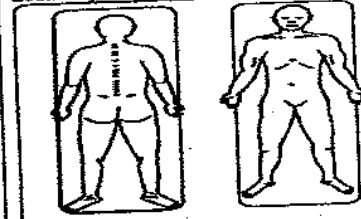
ME
coxa

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

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

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

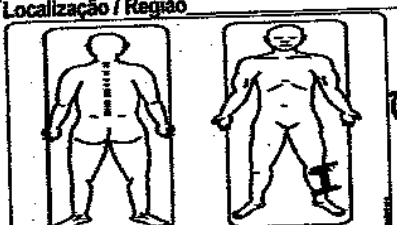
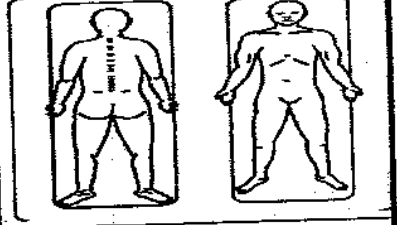
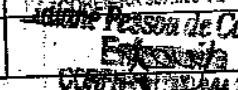
OBS:

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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: [Assinatura]

HOSPITAL DE CLÍNICAS ACOMPANHAMENTO DAS FERIDAS Comissão de Curativo - HC		Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		
Nome: Luiz Felipe Varela				
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região	
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		
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 esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		
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 4% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☒ AGE ☐ Colagenase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:		
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs				
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Soraia Enfermeira CPF nº 117.224.317			
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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Soraia

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	8/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				menten
3	SSF 500ML EV ACM				ACUS
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensio
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN 12
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV VO 1X/DIA EM JEJUM				DO
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Relina
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: *Guilherme*



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

337

NOME: Wallyson Barbosa Moura HD Ex Fm LEITO 337 • ALÉRGICO ?

DATA: 08/12/19 SEXO: () M () F IDADE PESO KG. LEITO 337

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA			() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		LOCAL	DATA			() ANSIEDADE	() MANTER CÂBECEIRA 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 QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO						DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ()		LOCAL				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBS:						() DIARREIA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> / <u> </u> H
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS						() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
TEMPERATURA DA PELE: () HORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO CARDIOVASCULAR						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() CONFORTO PREJUDICADO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						() OUTROS	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO:							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO							
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOMEN: () FLÁGIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAS RALPÁVEL							
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/REQUISITOS:							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIÚRESE:							
ESTIMULADA: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA: () SVD							
INTERSTÂNCIA: () ESTIMULADA () DISÚRIA							

CONFÉRMICA ORIGINAL

Em 11/02/2020 Ass: Wallyson

337
OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	9/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manhã
3	SSF 500ML EV ACM				AM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				06
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				16
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	80	ap	no	36,5	
12 H	80	aparelho no	retor		
18 H					
24 H					
24 H					

12h: Pat no leito, 1/1 quinase, mas afriado os osu po
falta de aparelho de P.A no retor, s. obsecos cierte. Se
aos atividades da equipe.

CONFERE COM ORIGINAL

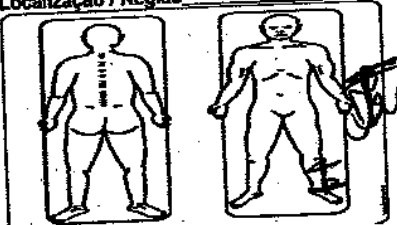
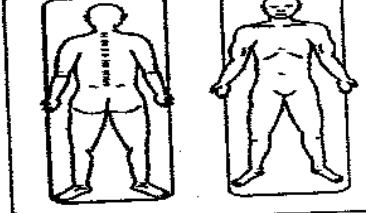
Em 11/02/2020

Ass.: *Guarua*

Dayane
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 917.047 TE

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 337			

Nome: Luiz Felipe S. Varela

DATA: ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:	☐ 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		
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 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: <u>Neomicina</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:		
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. ec. em Enfermagem	01-	02- <u>Sarah</u> Sarah Moraes Catarina CONEN-TR 607.504-TE	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass: Sarah

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	10/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				7
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				JN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				OG
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				16
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES ERM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	de febre no nariz				
12 H	aparelho no nariz				
18 H					
24 H					
24 H					

12h: 70+ nada queixas algícas. - Dayane S. Tosin
Unidade de Enfermagem
COREN-RR 917.047 TE

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: [Assinatura]

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	11/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mantido	
3	SSF 500ML EV ACM			ACM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspensão	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N			?	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE			?	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			?	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			08	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN			SN	
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	Sem aparelho no sítio				
18 H					
24 H					
24 H					
			DR MARCELO BRUNNER CRM 1917		

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guana

W
W
W

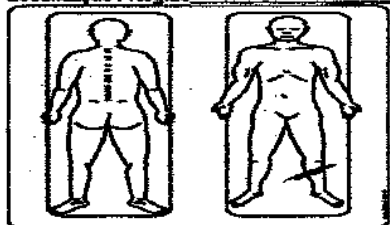
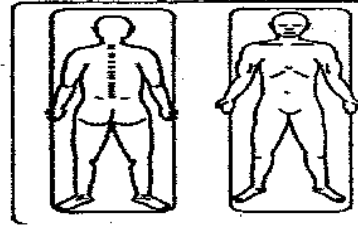
Em 11 de 2000	Ass: <u>Silvia</u>	TRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
		TRAIL: () AGUDO () VMS PALPÁVEL
		() DISTENÇÃO () MELENA

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	12/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			maul	
3	SSF 500ML EV ACM			RCM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspensão	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			26	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rolmo	
12	CURATIVO DIARIO SN				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	55mm	aproximado	manua		
18 H					
24 H					
24 H	110x60	69	-	36.7°C	
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/08/2020
Ass: *Guarner*

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		

Nome: <u>Leur Felipe Valerito</u>					
DATA: <u>13/12/19</u> ☐ 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: _____		☐ 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 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 Ilpeza	☒ 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 <u>10:45</u> ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca:	Em caso de + de 24hs: _____				
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Aut. 01- <u>Valdenice Costa</u> COREN-PA 1492		01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Kar. <u>Valdenice Costa</u> E. 1492				
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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guarag

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR E					
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	14/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				606 defect de notificação
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	110/70	80		37,0	+ diarreia
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

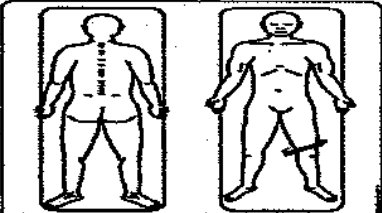
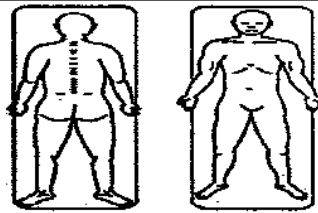
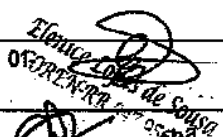
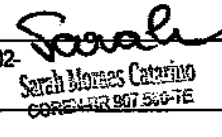
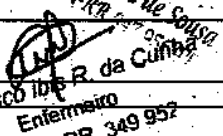
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

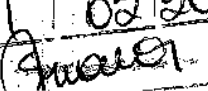
Ass: Quais

Paciente refere diarreia + de 08 episódios

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		

Nome: Luiz Felipe Loreto			
DATA: 10/11/2019 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região  MTE Troca	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		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:		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		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: Leomene		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 		02- 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 			
OBS: Francisco Ido R. da Cunha Enfermeiro COREN - RR 349 952		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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	15/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAIOR
3	SSF 500ML EV ACM				Acu
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				COG NEGA
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Boia
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x80	67	-	36.2	
12 H	140x70	78	-	36.2	
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: *[Assinatura]*

337

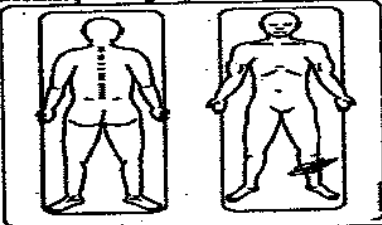
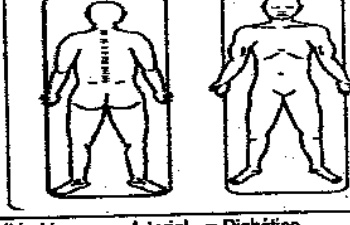
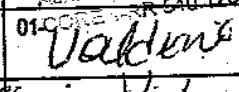
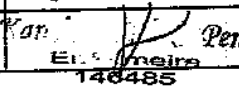
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI	FX FEMUR E					
ALERGIA						
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
	LEITO	337	DATA	16/12/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã	
3	SSF 500ML EV ACM				ACM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				/	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				/	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				/	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG	
10	SSV + CCGG 6/6 H				/	
12	CURATIVO DIARIO SN				SN	
14	CELEXANF 40mg SC 1X				16	
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:						
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS						
DR MARCELO MARQUES CRM 1918						
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H						
18 H						
24 H						
24 H	110/70	68	-	36,4°C	0	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

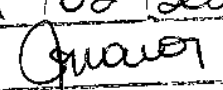
Ass.: Quaios

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		

Nome: <u>Luiz Felipe Vasilo</u>			
DATA: <u>16/02/19</u> ☐ 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: _____		☐ 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 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 <u>11:50</u> ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01-  02-		01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro Kar. 			
OBS:		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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass.: 

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	13/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	3 aparelhos na imobilidade				
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

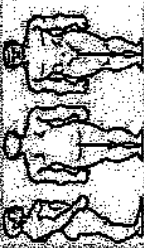
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: *Guia*

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

nome: Paulo Felipe HD 13/12/19 SEXO: M () F IDADE 19 PESO 60 KG. LEITO 13 ALÉRGICO ? •

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DA CATETERIZAÇÃO					
CATER central		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
CATER PERIFÉRICO		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA		SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA	
SONDA NASOBENTRAL		SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA	
DRENOS		SIM () NÃO ()	QUAL?		
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III</u>					
CABEÇA		PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO					
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA		ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS		HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS:					
TORAX - PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO					
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO					
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES		TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS					
CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS					
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR		CONFERE COM ORIGINAL			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		Em 11/02/2020			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA		Ass: <u>Guilherme</u>			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE		FREQUÊNCIA: <u>72</u>			
LOCAL DO PULSO:					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO		ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO			
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES		ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS:		() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA			
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA					
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA					



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jfr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL2E J5J2A N2EAF 2QQ6B

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	17/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã	
3	SSF 500ML EV ACM			ACM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspensão	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N			?	
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH			08	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			16	
12	CURATIVO DIARIO SN			SN	
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			16	
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	120/70	72	19	36	+ +

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/03/2020

Ass.:

Guaio

Presença



EXAME FÍSICO DO PACIENTE

IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____

• ALÉRGICO? _____

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO DILCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA A _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()	() RISCO PARA NUTRIÇÃO () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () MOBILIDADE FÍSICA DEPENDENTE () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () DESEQUILIBRADA
---	---

TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
	() RISCO PARA QUEDAS
	() RISCO PARA LESÃO
	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
	() VERIFICAR RESÍDUO GASOSO ANTES DO GAVAGEM

TEMPERATURA DA PELE : () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR
 COMUNICAÇÃO VERBAL
 PREJUDICADA
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO

PERÍTE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO	ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO	ATIVIDADE FÍSICA.
H.A: () AUSENTES () PRESENTES	ABDOM: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL	() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS:		() CONFORTO PREJUDICADO
() NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO		() OUTROS

PARALHELO GENTURINÁRIO/DIURESE	/ NORMAL	/ DIARRÉIA	/ CONSTIPACÃO	/ MELENA	/ DEBILIDADE CARDÍACA DIMINUÍDO
() ESPONTÂNEA	() ESTIMULADA	() CISTOSTOMIA	() SVD	() IMPIDA	() CONCENTRADA
() OUTROS:					

1) DEMAGOGIA	1) OLIGURIA	1) POLIURIA	1) DISURIA	1) CONCENTINADA
1) COEURICA				1) ANURIA

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	18/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				?
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				(OG)
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16.
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	aparelho na unidade				
18 H					
24 H					
24 H	deficit de func.				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

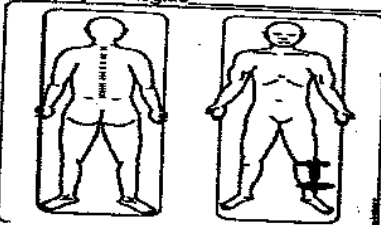
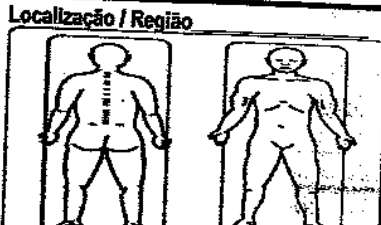
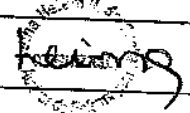
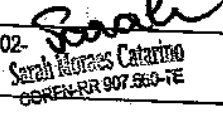
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guarua

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
			Atualizada: Janeiro / 2015		
			ENF/LEITO: 337- 3B		

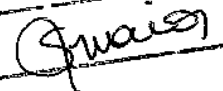
Nome: Wallyson Felipe S. Varela

DATA: ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura _____ cm	Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura _____ cm
arência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	arência 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	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	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:	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: caso de + de 24hs	Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	Data da Próxima troca: caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01-  02-  Sarah Moraes Catarino COREN-RR 907.560-7E	01- 02-	01- 02-

OBS:

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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass: 

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
GNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	19/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Maurício	
3	SSF 500ML EV ACM			ACM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspensão	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N			/	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN			/	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			/	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			/	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			/	
10	SSV + CCGG 6/6 H			/	
12	CURATIVO DIARIO SN			/	
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			/	
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	120/70	76			
24 H					
24 H					
					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917

Trouxe de leito às 15:45h - Enf: Karol

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass: Guiaig



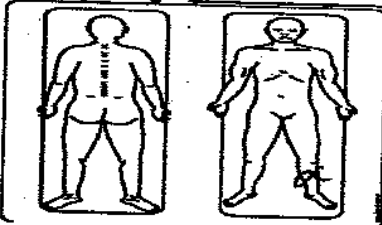
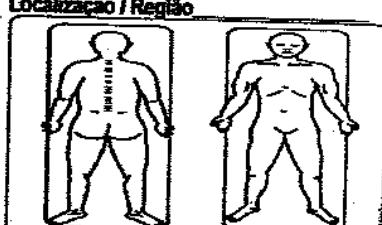
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

33

NOME: Luiz Felipe Santana HD _____
 DATA: 19/12/19 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
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 MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	NÃO () DATA:				() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOBIBULAR	SIM () NÃO ()	NÃO () DATA:				() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?				() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1. FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____						() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() 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						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() RISCO PARA Quedas	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
OBS:						() AUTOSTÍMIA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() DIARREIA	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
MÚRMURIOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:						() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCICANÓTICA						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
APARELHO CARDIOVASCULAR						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() CONFORTO PREJUDICADO	() OUTROS
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						() OUTROS	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO							
URINA: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () AMIG. PALPÁVEL							
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:							
URINA: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () QUITOSTOMIA () SVD () EMPÍDA () CONCENTRADA							
HEMATÚRIA: () COLÚREA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () ISQUIRIA () TANÚRIA							

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: <u>Luiz Felipe Vasela</u>			
DATA: <u>19/12/19</u> ☐ 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: <u>F. Ferida</u>		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☒ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		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		Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		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: <u>Neomomicina</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ 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 01- <u>[Assinatura]</u> 02-		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>[Assinatura]</u> 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>[Assinatura]</u> OBS:		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>[Assinatura]</u> OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: [Assinatura]

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	33	DATA	20/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	SSF 500ML EV ACM				Acum
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMI				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
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:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	Sem aparelho seto				
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

Nutrição Clínica:

paciente evoluiu bem a dieta
sem intercorrências.

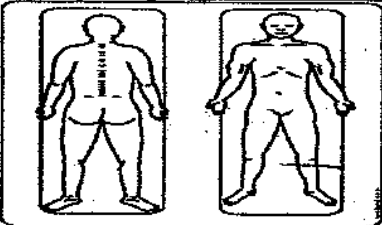
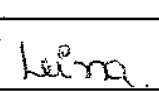
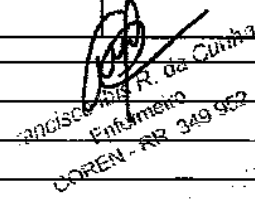
fez 2.º ano
CRM 7.229
Tânia Nascimento

CONFERE COM ORIGINAL

Em 21/02/2020

Ass.: [Assinatura]

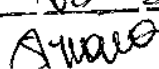
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: Luiz Felipe Santana Barbosa			
DATA: 2011/2/19	Localização / Região		DATA:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: F.O.	
Tamanho da Ferida:		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:		☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ 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	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02- 	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	
			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: 



330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA						
AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	330	DATA	22/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				S/N	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				S/N	
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N	
14	CURATIVO DIARIO SN				S/N	
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				S/N	
16					S/N	
17					S/N	
18					S/N	
19					S/N	
20					S/N	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM 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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

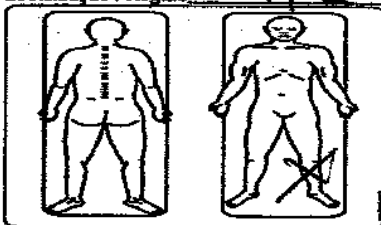
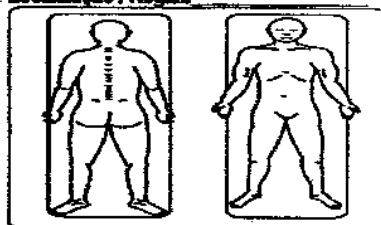
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						
12 H	100x70	67	-	36,1°C	+	+
18 H						
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guia

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: Luís Felipe Vaz			
DATA: 22/12/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II x2	Localização / Região: M/E 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		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:		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		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:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: Manhã			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Jeandina da Silva Rocha Téc. Enfermagem COREN-RR 551.843	01- Valdenice dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN-RR 125	01-	02-
OBS: Francisco Luis A. da Cunha Enfermeiro COREN-RR 349.952		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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11/02/2020**

Ass.: **Guara**

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	23/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

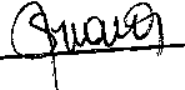
DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

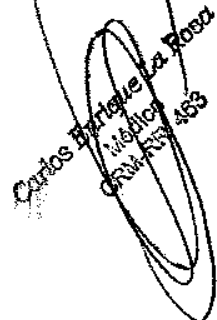
DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D F
6 H	111x64	78		36.2	+
12 H					
18 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: 


Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM 1918

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	25/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mm
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				22
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 S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Adm
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	114x69	89	-	36°C

06:00 cefaléia intenso
administrado medicação prescrita - Tor

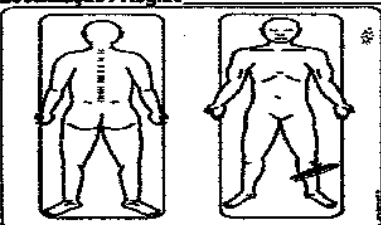
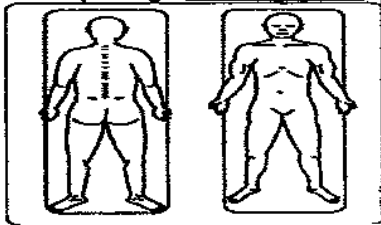
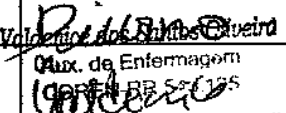
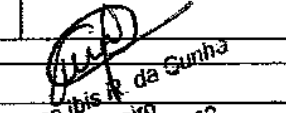
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/06/2020

Ass.: Guia

330

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: <u>Leuz Felipe</u>			
DATA: <u>25/12/19</u> ☐ 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: _____		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		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: _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		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: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã <u>11:30</u> ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Valdo dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN - RR 52.125		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Valdo dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN - RR 52.125	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Francisco Ibsis de Azeiteiro Enfermeiro COREN - RR 349.952			
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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Quais

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Santana Varola ID 335 • ALÉRGICO ?
 DATA: 25/12/19 SEXO: () M () F IDADE KG LEITO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						☐ 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 ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS ☐ FADIGA ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE ☐ RISCO PARA QUEDAS ☐ RISCO PARA LESÃO ☐ AUTOESTIMA 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 DIMINUÍDO ☐ OUTROS:	☐ MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS ☐ REALIZAR CUIDADOS COM VAS ☐ VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H ☐ MANter MONITORIZAÇÃO ☐ MANter CABECEIRA ELEVADA ☐ ASPIRAR VAS /TQT ☐ VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA ☐ ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS ☐ ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS ☐ OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA ☐ MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS ☐ REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ 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: ____ HORAS ☐ 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 CONFORTO ☐ ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ☐ OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. ☐ OUTROS:
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:							
CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:							
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:							
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:							
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:							
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?							
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()							
CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS:							
TORAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATÓRIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:							
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
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							
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MELENA							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:							
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA () HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA							

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	26/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				10:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR/INTEN				15
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				15
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				15
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x70	66		
12 H				
18 H				
24 H				

10:00 - Realizado AVP, em MSE. R

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.:

Guaia

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	27/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>diq. fmo do 6 em 6h / 35</i>				<i>10</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE POR INTER				<i>15.00</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	<i>DETAMETACOLINA 10 g 50 AGORA</i>				<i>15.00</i>
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

A PORE com INTERSSA CEFALGIA FRONTAL.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

14:35 38.3°C PA 110 X 60

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *Guia*

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	28/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>suspendo</i>				18-20
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18-20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rota
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	Naproxeno 01 cp de 12/12 horas				13-00
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	Dipirona 1g + AD 8ml EV agora				12
	Diclofenaco 10mg EV 12/12 horas agora				12

EVOLUÇÃO MÉDICA: Dr. Alexandre Feitosi
Médico
CRM-FR 2131

Ibuprofeno 300mg 1 cp vo agora

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 08 / 2020

Ass: *Guia*

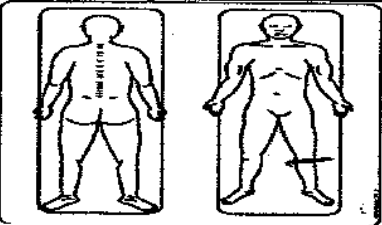
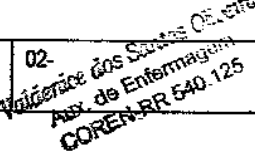
11:29 Pt com cefaleia intensa, fotofobia, fonofobia e náuseas.
há 2 dias. Cefaleia típica de padrão migranoso. Ex neurológico
normal.

CR: Tto abativo de crise migranosa.

obs: Tramal somente se dor relacionada a fratura.

Dr. Alexandre Feitosi
Médico
CRM-FR 2131

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: Luiz Felipe Souto Barros			
DATA: 28/12/19	Localização / Região		DATA:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
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 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 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: Neomair		☐ 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	 Ofência Lopes de Sousa COREN - RR 345.057		01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Valdenice dos Santos Oliveira Ass. de Enfermagem COREN-RR 540.125		01- 02-
OBS:	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-		1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

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.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: Quair



PEDIDO DE PARECER

Unidade: Hospital das Clínicas

Nome: *Luis Felipe S. Jarella*

Idade:

REGISTRO:

Bloco:

Leito: *330*

De:

Ortopedia

Para:

Clinica Médica

*Paciente internado com Fratura de fêmur.
Evoluiu pós trauma (TCE) em 28/11/19.
com intensa afolia. (Sem pulso
medialmanteira)*

28.12.2019 Parecer. pl CM pl investigação

Data

*Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RJ*

médico

*Sob. orientação Dr.
Alberto
Ferreira*

CONFERE COM ORIGINAL

Em *11/02/2020*

Ass.: *Guia*

Data

médico

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR ESQUERDO**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

330

DATA

29/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 CEFALOTINA 3G EV 6/6H

4 NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO

5 DIPIRONA 1G EV 6/6H

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER

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

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 SSVV + CCGG 6/6 H

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

14 CURATIVO DIÁRIO SN

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16 DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS

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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

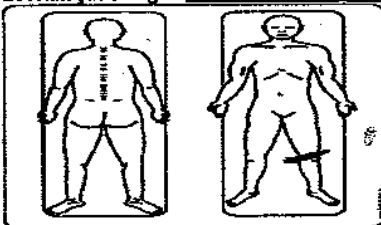
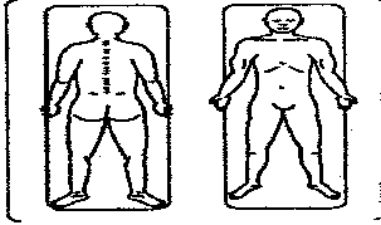
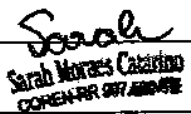
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	110x70	58		

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11 / 08 / 2020**

Ass: **Guarion**

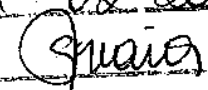
	Acompanhamento das Feridas		Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Comissão de Curativo - HC		Atualizada: Janeiro / 2015		
			ENF/LEITO: 380		

Nome: Luiz Felipe Santos Nogueira					
DATA: 29/12/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		Localização / Região 		DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Localização / Região 					
Etiologia		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:		☐ 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 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: Alcatraz		☐ 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-  FRANCISCO ILIÁS R. DA CUNHA COREN-RR 349.952		02-  SARAH MORAES CATARINO COREN-RR 097.480.412	
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.

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11/02/2020**

Ass: 

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	30/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO				18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				18
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS				06
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

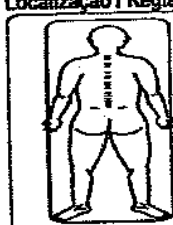
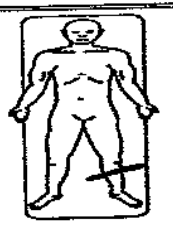
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: *Guia*

- 21- Tenoxicam 20mg GU após 12
- 22- TRAMAL 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8/8h Fxo 12
- 23- Prednisona 20mg 2cp/dia por 5 dias 16
- 24- Dipirona 2g EV 4/4h 16 20 24 08
- 25- Amitriptilina 25mg VO 1x/dia, iniciar após 12
- amante Para a noite!

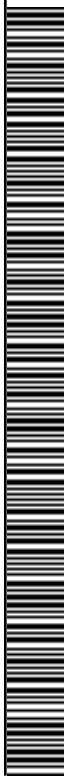
Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RR

Nome: <u>Lucas Felipe Varela</u>		Localização / Região	
DATA:			DATA:
☐ GRAU - I			☐ GRAU - I
☒ GRAU - II			☐ GRAU - II
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 esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
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 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: caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01. <u>Sarah</u>		01.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02. <u>Sarah Moraes Catarino</u> COREN-RR 907 500-TE		02.
OBS:			

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

ASS: G. Wang



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	31/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO				20 08
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS				18 06
17	TRANSFERIR AO HGR - AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA				
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
20	(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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: [Assinatura]



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 31/12/2019

PACIENTE: Luiz Felipe Souto DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Hematoma subdural + epidural

DIH: 1/1

KANBAM: Dieta: Zero

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

IMAGEM TC de crânio (30/12/2019): Hematoma subdural + epidural (D), lesão de linha média.

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente apresentando quadro de letargia e desorientação, hemiparesia (D).

TC de crânio evidenciando Hematoma subdural + epidural (D) com lesão de linha média.

Necessita avaliação urgente de Neurocirurgia.

Boa Vista, 31 de Dezembro de 2019. Hora: 9:00.

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico
Dr. Felipe Queiroz Pereira
Neurologista
CRM-RR 1625/RCE 661

CRM 1625 / RCE 661

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: [Assinatura]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1015

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/12/19
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso DN: 11/11/97
DIAGNOSTICO(S): fratura de fêmur distal

DIH: 3/12/19
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSORIAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO USADO: _____
JUSTIFICATIVA DE ANTIBIÓTICO: _____
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____
CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: [Assinatura]

TERAPIA INSTITUÍDA: Clonox + Sintetomilina

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
paciente com cirurgia programada para dia 4/12/19 pela manhã

Boa Vista 20 de Novembro de 2019. Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC
Assinatura/carimbo do Médico Regulador
CRM: _____
CRM: _____
Dr. André Lemos Almeida
Médico
CRM-RR 1384

Dr. Augusto Calvalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1384

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	
1901184210 08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 18	
Paciente LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento 11/11/1994		Idade 24 A 11 M 27 D		CNS	
Tipo Doc IDENTIDADE 5759592		Documento SSP/GO		Órgão Emissor 14/05/2009 M		CPF 75404338172	
Mão MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Pai ANDRE LUIS VARELA		Contato (95) 99157-6808		Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal Queda de moto		Sintoma Febril		Sintoma Respiratório		Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) Paciente trouxe pelo Smeu em prancha rígida e collar cervical. Vítima de colisão moto x carro sendo ele o motorista da moto.							
Exame Físico Lesões em cabeça e MTE c/ anáttos realizados pelo Smeu							
Hipótese Diagnóstica TCE grave							
SADT - Exames Complementares (X) RAIOS-X () ULTRA-SON (X) TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:							
PRESCRIÇÃO							
Solicitado RX femur @ + bacia				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
TC de crânio, tórax e abdome.							
Solicitado Avaliação pelo Neuropsiqui. Dr. Simão; Avaliação a TC de crânio; contou mach. em observação neurológica com TC de crânio normal.							
Paciente sem conduta pelo cirurgia geral							
Conduta () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para:				() Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação		Data e Hora da Saída/Alta: / /	
óbito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:00				CONFERE COM ORIGINAL Em 11/02/2020 Ass.: Quaiç			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Leuz Tellype Santana Varelz					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				10 - SEXO	
				Masc. ☐ 1 Feme. ☒ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fratura de fêmur (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internacao					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Histórico + Exame físico + Neurológico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
fratura de fêmur de fêmur (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internacao					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Venecio					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Venecio					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNIE DA EMPRESA					
40 - CBOR					
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO					
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
CONFERE COM ORIGINAL					

Em 11/08/2020

Ass.: Guana

Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	
1901184210	08/11/2019 13:33:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	
Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento 11/11/1994		Idade 24 A 11 M 27 D		CNS	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 5759592	Órgão Emissor SSP/GO	Data Emissão 14/05/2009	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Nome do Pai ANDRE LUIS VARELA		CPF 75404338172	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Sector GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal Queda de moto		Registrado por: ANTONIA.SOARES		Peso		Pressão	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO:1234 RV:12345 MRV:123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida c/ collar cervical. História de colisão moto x carro sendo ele o motorista da moto.							
Exame Físico Lesão em cabeça e MTE c/ anatisia realizada pelo SAMU							
Hipótese Diagnóstica TCE grave							
SADT - Exames Complementares ☒ BAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Solicito RX fêmur (E) + bacia							
TC de crânio, tórax e abdome.							
Solicito avaliação pelo Neuropediatra Dr. Simão; Avaliar a TC de crânio, solicitar exames de observação neurológica com TC de crânio se necessário.							
Paciente sem consciência pelo cirurgião geral							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☐ Transferência para:				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /		Assinatura do Médico Dr. Antônio J. H. F. 173 CRM/RR 11032	
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:00				CONFERE COM ORIGINAL Em 11 / 02 / 2020 Ass.: Quatig			

~~CONFERE COM ORIGINAL~~

Em 11/02/2020

Ass:

6-11-68

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/11/2019	DN	
PACIENTE		LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA			
DIAGNÓSTICO		FX DE FEMUR DIAFISE E			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-5	DATA	21/11/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				10h
2	AVP				10h
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				10h
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				10h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				10h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				10h
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IP				10h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				10h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10h
11	CURATIVO DIÁRIO				10h
12	SSVV + CCGG 6/6H				10h
13	FAZER DESMAME DE SVD				10h
14	RETIRAR SVD				10h
15	AO HC				10h
16					10h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM 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, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	104/59	78	20	37	
18 H					
24 H					

Obs: Colhido material para exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Verificado SSVV
R. K. K.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/10/2020
Ass.: [Assinatura]

Visto UVE



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901184210		08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO-07-19	
Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				Data Nascimento 11/11/1994		Idade 24 A 11 M 27 D		CNS	
Tipo Doc IDENTIDADE 5759592				Documento SSP/GO		Data Emissão 14/05/2009		Sexo M	
Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA				Estado Civil SOLTEIRO(A)		Rapa/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR				Pai ANDRE LUIS VARELA		Contato (85) 99157-6808		Nacionalidade BRASILEIRA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. Pass. Frestar	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por ANTONIA SOARES			
Queixa Principal Queda de moto				☐ Síndrome Febril		☐ Sintoma do Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	

Anamnese da Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
------------------------	---------------------------------------	-------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)
Paciente trouxe pelo SAMU em prancha vindo de local desconhecido de colisão moto x carro sendo ele a motorista da moto.

Exame Físico
Lesão em cabeça e M.E. e/ anotações realizadas pelo SAMU.

Hipótese Diagnóstica
TCE grave

SADT - Exames Complementares
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Solicite RX torax @ + bacia TC de crânio, torax e abdome.		
Solicite Avaliação pelo Neurologista. De acordo: aguardar a TC de crânio, continue acompanhando observação neurologista com TC de crânio de acordo.		
Requerer sem conduta pelo cirurgião geral.		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☐ Transferência para:
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável
Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 08/11/2019 13:34:00



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Viana
Laudo Médico

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
leito 401-5 desde o dia
8/11/19 com quadro de
ferimento grave.
Aguarda procedimentos
~~cirúrgicos~~ prognostico
para o dia 9/12/19

DATA

13/11/19

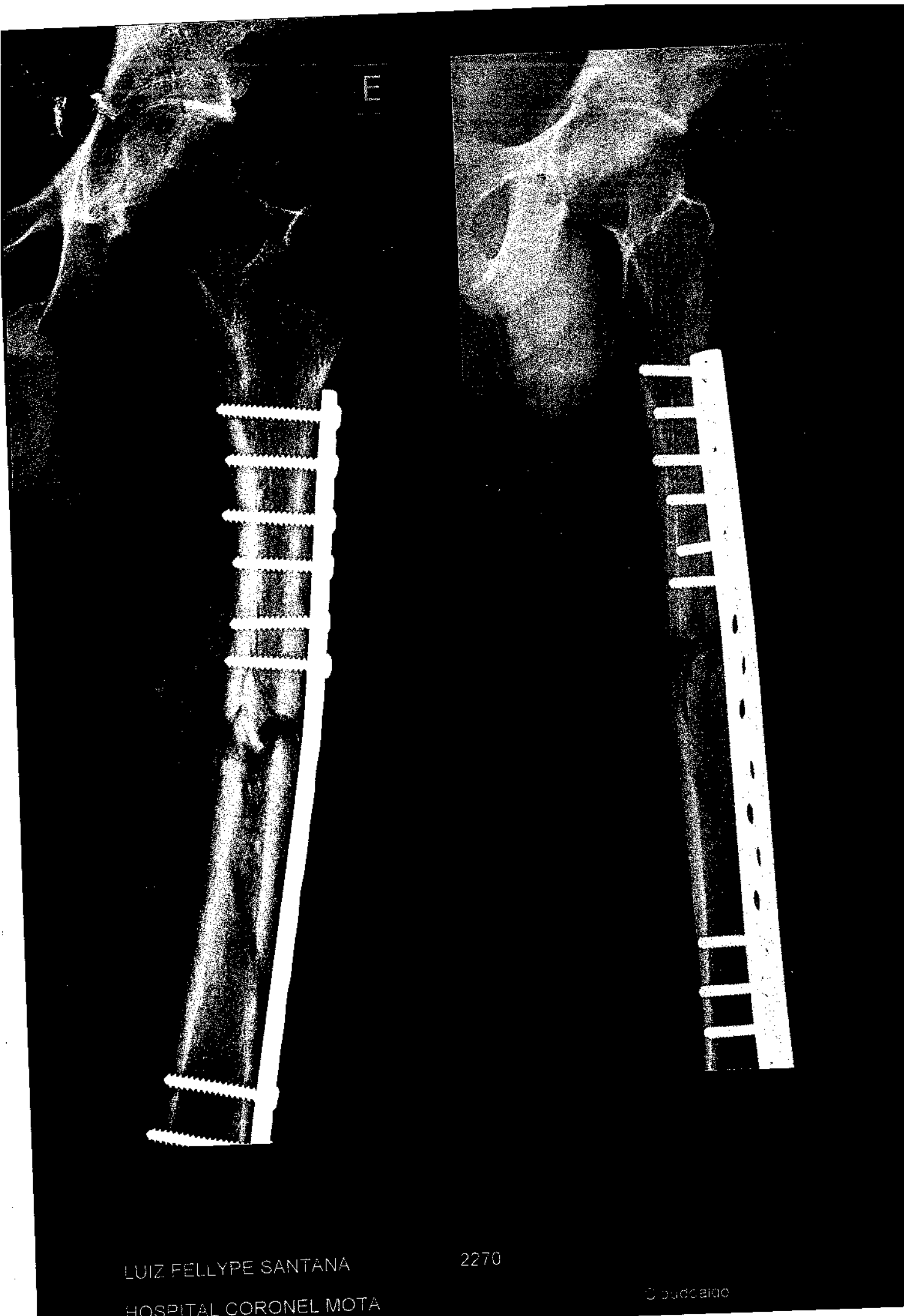
Dr. ASSINATURA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Dr. ASSINATURA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
14 - CÓD. IGGE MUNICÍPIO					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - Nº DO BÔNUS					
35 - Nº DA EMPRESA					
36 - CNPJ DA EMPRESA					
37 - CNPJ DA EMPRESA					
38 - CNPJ DA EMPRESA					
39 - CNPJ DA EMPRESA					
40 - CNPJ DA EMPRESA					
41 - CNPJ DA EMPRESA					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNPJ DA EMPRESA					
44 - CNPJ DA EMPRESA					
45 - CNPJ DA EMPRESA					
46 - CNPJ DA EMPRESA					
47 - CNPJ DA EMPRESA					
48 - CNPJ DA EMPRESA					
49 - CNPJ DA EMPRESA					
50 - CNPJ DA EMPRESA					
51 - CNPJ DA EMPRESA					
52 - CNPJ DA EMPRESA					
53 - CNPJ DA EMPRESA					
54 - CNPJ DA EMPRESA					
55 - CNPJ DA EMPRESA					
56 - CNPJ DA EMPRESA					
57 - CNPJ DA EMPRESA					
58 - CNPJ DA EMPRESA					
59 - CNPJ DA EMPRESA					
60 - CNPJ DA EMPRESA					
61 - CNPJ DA EMPRESA					
62 - CNPJ DA EMPRESA					
63 - CNPJ DA EMPRESA					
64 - CNPJ DA EMPRESA					
65 - CNPJ DA EMPRESA					
66 - CNPJ DA EMPRESA					
67 - CNPJ DA EMPRESA					
68 - CNPJ DA EMPRESA					
69 - CNPJ DA EMPRESA					
70 - CNPJ DA EMPRESA					
71 - CNPJ DA EMPRESA					
72 - CNPJ DA EMPRESA					
73 - CNPJ DA EMPRESA					
74 - CNPJ DA EMPRESA					
75 - CNPJ DA EMPRESA					
76 - CNPJ DA EMPRESA					
77 - CNPJ DA EMPRESA					
78 - CNPJ DA EMPRESA					
79 - CNPJ DA EMPRESA					
80 - CNPJ DA EMPRESA					
81 - CNPJ DA EMPRESA					
82 - CNPJ DA EMPRESA					
83 - CNPJ DA EMPRESA					
84 - CNPJ DA EMPRESA					
85 - CNPJ DA EMPRESA					
86 - CNPJ DA EMPRESA					
87 - CNPJ DA EMPRESA					
88 - CNPJ DA EMPRESA					
89 - CNPJ DA EMPRESA					
90 - CNPJ DA EMPRESA					
91 - CNPJ DA EMPRESA					
92 - CNPJ DA EMPRESA					
93 - CNPJ DA EMPRESA					
94 - CNPJ DA EMPRESA					
95 - CNPJ DA EMPRESA					
96 - CNPJ DA EMPRESA					
97 - CNPJ DA EMPRESA					
98 - CNPJ DA EMPRESA					
99 - CNPJ DA EMPRESA					
100 - CNPJ DA EMPRESA					



LUIZ FELLYPE SANTANA
HOSPITAL CORONEL MOTA

2270

Óbido





GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Viana
Lauda, Nélio

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
leito 401-5 desde o dia
8/11/19 com queda de
fêmur esquerdo.

Aguarda procedimento
~~cirúrgico~~ programado
para o dia 9/12/19

DATA

13/11/19

ASSINATURA
Dr. André Luiz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1504

Dr. André Luiz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1504

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638