



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF: DEVSON RAPHAEL Data de Nascimento: 20/11/1986

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico sedação + raqui ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

26 de Março de 20 20

Hora: 11:50

Nome legível: Thaciana Salgado

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: Esposa

CPF: 034 984 003 20

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Thaciana Salgado
Anesthesiologista
CREMEC: 15375
RQE: 8525

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)

56

ALTURA (cm)

PA

FC

TEMP

FR

JEJUM (hs)

Sólidos

58

Líquidos

Agulto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Criança

0 1 2 3 4 5

DOR

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO

Tratamento cirúrgico de fratura de Lombar

DIAGNOSTICO

Cardio-circulatório

Tolerância ao exercício

☒ Negativo

☐ Hipertensão

☐ Valvulopatia

☐ Angina

☐ Arritmia

☐ Coronariopatia

☐ Angioplastia

☐ Infarto do miocárdio

☐ DVP

☐ Insuf. Cardíaca

☐ AAA

☐ Outras

Respiratório

☒ Negativo

☐ Dependência O₂

☐ Asma

☐ Apnéia do sono

☐ Tuberculose

☐ IVAS recente

☐ DPOC

☐ Expectoração

☐ Outras

Gastrointestinal/hepático

☒ Negativo

☐ Ref. Gastro-esofágico

☐ Gastrite

☐ Úlcera péptica

☐ Hepatite

☐ Vômito/ diarreia

☐ Icterícia

☐ Hérnia de hiato

☐ Cirrose

☐ Obst. Intestinal

☐ Outras

Neurológico

☒ Negativo

☐ Convulsões

☐ AVC

☐ Dormência/ fraqueza

☐ Cefaléia

☐ Lesão medular

☐ PIC

☐ Outras

Renal

☒ Negativo

☐ Doença renal crônica

☐ Diálise

☐ Insuficiência renal

☐ Outras

Hematológico

☒ Negativo

☐ Transusão prévia

☐ Coagulopatia

☐ Plaquetopatia

☐ Anemia

☐ Outras

Músculo esquelético

☒ Negativo

☐ Dor lombar

☐ Artrite

☐ Musculodistrofia

☐ Outras

Endócrino

☒ Negativo

☐ Diabetes tipo

☐ Patologia da tireóide

☐ Outras

Câncer

☒ Negativo

☐ Quimioterapia

☐ Radioterapia

☐ Outras

Infeccioso

☒ Negativo

☐ HIV

☐ Outras

Gravidez

☒ Negativo

☐ Idade gestacional

semanas

Crianças abaixo de 1 ano

☒ Negativo

Condições de Nascimento

☐ Internação

☐ Alta com a mãe

☐ Termo

☐ Pré-termo:

☐ Idade gestacional

semanas

☐ Idade pós-conceitual

semanas

(idade gest.+idade atual)

Hábitos Sociais

☒ Negativo

☐ Tabaco

☐ Cigarros/dia

☐ Álcool

☐ Drogas

☐ Outras

Alergias

☒ Negativo

Tipo/Agente

Reação

Cirurgia/anestesia prévia

☒ Negativo

Cirurgia

Anestesia

Dados relevantes

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório

☐ Sim

☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia

☐ Sim

☒ Não

Exame Físico

Cardíaco

Resp.

Neuro

Regional

Outro

Laboratório

HB

Ht

Na

K

Plaquetas

Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim

☒ Não

Mallampati

☐ I

☒ II

☐ III

☐ IV

Distância esterno/mento

7.5 cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias

☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de

U Conc. Glob

Avaliação ASA

☒ I

☐ II

☐ III

☐ IV

☐ V

☐ VI

Emergência:

☐ Sim

☒ Não

Planejamento Anestésico

Indicado + segue

Comentários sobre os achados

DATA

20/03/20

HORA

11:50

ASSINATURA

Assina Salomoto

Anestesiologista

CRM

02



REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: geyson Raphael Neves Medeiros

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 26/03/2020 Horário: 16:40

Cirurgia Realizada: Fl. femur p

Horário de admissão na RA: 16:40 Anestesiista: Bruno

Data de nascimento: 20/11/1986

1025

Tipo de anestesia: Proqui + ordoqna

Cirurgião: Edimar Pessoa

CONTROLES

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PUÉPERA LÓQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	16:40	36,3	78	22	128/86	98	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	16:55	35,4	79	20	132/75	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:10	35,9	68	18	134/73	97	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:25	36,3	66	21	136/62	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	17:55	36,4	64	20	130/62	99	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	18:25	36,5	66	18	134/61	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	19:25	36,6	63	18	102/89	98	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
Glicemia Capilar:								() Fisiológicos () Aumentados

Técnico de Enfermagem (Assinatura e carimbo): Aldemira mg/dl Hora: Sayuri Nunes

Enfermeiro (Assinatura e carimbo): Corene 599.266 - ENF.

CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 7 ANOS)

Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa de via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0
Médico (Assinatura e carimbo):	HORA: : SCORE: : HORA: : SCORE: :	

ÍNDICE DE ALDRETEE KROULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando ar	2
	Necessita de O ₂ suplementar para manter a saturação de O ₂ > 90%	1
	Saturação de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0
Médico (Assinatura e carimbo):	HORA: : SCORE: : HORA: : SCORE: : HORA: : SCORE: :	

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA			
Médico (Assinatura e carimbo):		Horário: :	
ESCALA DE DOR			
0 - SEM DOR	1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA
Bom dia, Dr.			

Revista L.D.

Revista L.D.

Revista L.D.

Revista L.D.

Revista L.D.

Revista L.D.

Revista L.D.



Nome completo: geyson Raphael Neves Data de nascimento: 20/11/1986 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 26/03/2020 Hora: _____ Unidade de origem: ICPA Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta anestésica
Diagnóstico(s): FE femur
Sinais Vitais: PA 128/86 mmHg FC: 70 bpm: FR: 20 rpm: T: 36.0 °C
SpO2 98 Escala de dor 0
Medicamentos em uso: _____
Riscos gerenciados: () Não se aplica () ~~Febre~~ () TEV () LPP () Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados: () Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros: _____
Suporte de oxigênio: () Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica
Acessos vasculares: () Não () Sim () CVC () ~~CVP~~ () PICC () Port a cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: () Não () Sim Qual?: _____
Outros dispositivos: () Não () Sim Qual?: _____
Lesão de pele: () Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: () Não () Sim Qual produto?: _____
Precaução: () Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas
Monitorização: () Não () Sim Qual?: _____
Nível de consciência: () Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção: Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () ~~Acamado~~
Transporte utilizado: () Cadeira de rodas () ~~Maca~~ () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: () Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros: _____
Alergias: () Não () Sim Qual?: _____
Procedimentos realizados: () Não () Sim Qual?: _____
Valores, crenças, barreiras: () Não () Sim Qual?: _____ Data: ____/____/____

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

S-I

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Qual(is)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual: _____
Conduta imediata: () Não () Sim Qual: _____
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim
Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm: FR: _____ rpm: T: _____ °C

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Jeyson Raphael DATA DO NASCIMENTO: 29/11/86

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 25/03/20

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

() Não consegue se alimentar bem?	1 +
() História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
() Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
() Escorre alimento pela boca?	4 +
() Demora muito para engolir?	5 +
() Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
() Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
() Há tosse com líquido?	8 +
() Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
() Não consegue engolir?	10 +
() Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO:	RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(X)
-------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

Thatiana V. Coelho Q. Lima
COREN-CF 111173 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466927

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): MARIA IRLINE DIOGENES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 583498 [1] Nº: 52872612 26/03/2020 às 00:25

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

20/11/1986

Sexo

Masculino.

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora

00:25

Hora

Descrição

PA:153/91MMHG
PAM:112
T:37.7
DX:96MGDL
SAT:100%
P:72BPM
FC:75BPM
FR:20RPM

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: <i>Meypen Raphael Neves</i>	Data de Nascimento: <i>20/11/1966</i>
Nº do prontuário: <i>17466922</i>	Data de admissão: <i>25/03/2020</i>
Leito: <i>8 ML</i>	Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 4	Não Sim	1
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2 4	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calmo Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeiras de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				1

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Thaiana V. Coelho Q. Lim.
COREN-CE 113.296

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Data de nascimento	20/11/1986
Nome do(a) Responsável/Parentesco	LIDIANE (ESPOSA)
Procedimento a ser realizado	FX. FÊMUR MID

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		DODE 12:00h. DE 25/03/2020
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSE

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório		X		
Tricotomia cirúrgica				

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		MID
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

4. SSVV:

PA	132 x 78
T	
FC	77 bpm
FR	19 L/m

SPO2: 100%.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 01:20

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 437473 [1]

Nº: 52873080 26/03/2020 às 01:17

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

26/03/2020

Cirurgia

FRATURA DE FÊMUR

[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

[1]

Sector De Admissão Do Paciente

EMERGÊNCIA-TRAUMA

Identidade Do Paciente

Sim.

[1]

Realizados Protocolos De Instrumentais

SIM.

[1]

Exames Complementares

Sim. RX,TC,LAB

[1]

Retirada De Adornos/Próteses

Sim.

[1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia

Sim.

[1]

Banho Pre-Operatório

Sim.

[1]

Paciente Refere Alergia

NÃO.

[1]

Paciente Está Em Jejum

SIM.

[1]

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 133.574

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 1317983 [1]

Nº: 52889773 26/03/2020 às 14:41

MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	14:10	[2]
Cirurgia	FRATURA DE FEMUR	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Ut	NÃO.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

26/03/2020 14:48

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 68421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

NÃO SE APLICA.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]

26/03/2020 16:27

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 1317983 [1]
MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

Nº: 52890185 26/03/2020 às 14:56

PACIENTE

Identificação Do Paciente

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data De Admissão

26/03/2020

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência

Data Da Cirurgia

26/03/2020

Procedimento Cirúrgico Proposto

FRATURA DE FEMUR

Pulseira De Identificação

MSE.

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

CONFORTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos

FRATURA DE FEMUR

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

TEC ELISEU

Hora

14:10

Sala

03

Condições Da Pele ao início da cirurgia

COM TALA EM MID E MSD

Início Da Anestesia

14:15

Término Da Anestesia

16:35

Início Da Cirurgia

14:50

Término Da Cirurgia

16:25

Instrumentador

TEC ELISEU + WILSON (ORTOGENESE)

Circulante

TEC TATIANE

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL.

Membro Ou Lado A Ser Operado

FEMUR DIREITO

Numero Inicial De Compressas

20 UD

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1

10 UD

Contagem Final De Compressas

30 UD

Exames De Imagem

Sim

Clorhexedine Alcoólico

Sim

Clorhexedine Degermante

Sim

Tipo

ELÉTRICO.

26/03/2020 16:47

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Material

SIM

[1]

Fornecedor

ORTOGENESE

[1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia

COM CURATIVO NO LOCAL

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O

16:50

[2]

SINAIS VITAIS

T

°C

[1]

Pulso

98 bpm

[1]

PA

87X67

[1]

PAM

73

[1]

FC

98 bpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

26/03/2020

[1]

Hora

15:15

[2]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

AS 14:10 PACIENTE J.R.N.M, SEXO MASCULINO, 33 ANOS ADMITIDO NO C.C NA SALA 03 PARA O TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR LADO DIREITO COM DR EDIMAR LESSA + AUXILIO DR FILIPE SANCHO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, TRANSPORTADA EM MACA, COM TALA EM MSD E MID, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE. SUBMETEU-SE A ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO. REALIZADO EM SALA MONITORIZAÇÃO, DEGERMAÇÃO, CURATIVO SIMPLES NO LOCAL, TRICOTOMIA, PACIENTE POSICIONADO EM MESA DE TRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS SEGUE PARA A SRPA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

[1]

Intercorrências

SEM

[2]

Eletrodos

TORAX

[2]

Incisão Cirúrgica

FEMUR

[2]

Placa De Bisturi

ABDOMEN

[2]

Punções Venosas

MSE

[2]

Coxim

CABEÇA

[2]

PÓS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

Página 2 de 2

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

26/03/2020 01:30

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

Não.

Compreender

Não.

[1]

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

CONFORTO

Queixas de Dor

Sim.

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

ata

26/03/2020

[1]

Hora

01:30

[1]

INTRA-OPERATÓRIO**PÓS-OPERATÓRIO**

Thatiana V. Coelho Q. Lim
COREN-CE 13.111.111

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

09/04/2020 16:15

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN
1017409 [1]
ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

Nº: 53269431 09/04/2020 às 16:13

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 09/04/2020

Hora Da Cirurgia 15.35

Cirurgia ELÉTICO

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente CENTRO CIRURGICO

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente SIM

Opme Checado Em Sala Cirurgica SIM

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica SIM

Alergias Do Paciente São Conhecidas NÃO

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica SIM

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea NÃO

Via Aérea Difícil NÃO

Confirmação De Vaga Em Uti NÃO

Kit Cirurgico Completo Em Sala SIM

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia SIM

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia SIM

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião SIM

Verificação De Anestésica Concluída SIM

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento SIM

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função SIM

Lateralidade Do Procedimento DIREITA

Paciente Certo SIM

Sítio Cirúrgico Identificado SIM

Procedimento SIM

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado SIM

Checagem Completa Dos Equipamentos SIM

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos SIM

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas SIM

Esterilização Do Material Confirmada E Validada SIM

Letim 1009
09/04/2020
16:13

09/04/2020 16:15

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas SIM. [2]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas NÃO. [2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados SIM. [2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas SIM. [2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente NÃO. [2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião SIM. [2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente SIM. [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM. [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar NÃO. [2]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (09/04/2020)**

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dicta enteral, se houver.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.	X		
Apazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepre verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?		X	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?			
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		

Assinatura do enfermeiro

Thalyane V. Coelho Q. Lima
CRM 15.561 33/11/18 ENF

Assinatura do enfermeiro Líder

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS		Dt. Nasc. 20/11/1986		Atendimento: 66525125	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 26417689		Prontuário: 37466922	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 133410/1		Peso: 70.00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO /PARA A IDADE					
PLANO NUTRICIONAL					
2. Hidratação Venosa		Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 g/5min
SORO FISIOLÓGICO 0.9%				500 ml	
3. PLAMET (5.00mg/ml)		Água Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV
				18 ml	
4. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h EV
				18 ml	
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)		Soro Fisiológico 0.9%	50mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h EV
				100 ml	
6. CETOPROFENO IV (100.00mg)		Alta vigilância	100mg	1 UD (FRAP C/100MG)	8/8h EV
				100 ml	
7. SINAIS VITAIS					
8. MANEIR Membro Operado Elevado					
Profissionais: CRM-7399		EDILMAR FERREIRA LESSA		CRM-7399	

Edilmar F. Lessa
Farmacologia - Ortopedia
CREMEC 7399

Di. Lessa
24/08/20

22:00 06:00
24:00 06:00
21:00 06:00
08:00 18:00



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
09/04/2020 10:40 AM
sp1532_02

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26415046	09/04/2020 às 10:37	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA (COREN 437473)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437473 ENF

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
09/04/2020 10:36
rp1532_snh

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26414920	09/04/2020 às 10:34	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1	Enfermeiro(a): HATYANA VIRGINIA COELHO DE Q	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------


Thyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437473 ENF

Paciente: JLEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1A - HAPFOR

Dt. Nasc. 20/11/1986
Nº Prescrição: 26417690
Telto: 10081

Atendimento: 66525125
Prontuário: 17466922
Peso: 70.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

PLANO NUTRICIONAL

33h ORAL

CRM-13290

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total 500 ml

7.00 gts/min

Acesso Periférico

CRM-13290

3. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg 2 ML (AMPL C/10MG)

88h EV

CRM-13290

4. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg 2 ML (AMPL C/500MG)

66h EV

CRM-13290

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

50mg 1 ML (AMPL C/50MG)

88h EV

CRM-13290

6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg 1 UD (FRAP C/100MG)

88h EV

CRM-13290

7. SINAIS VITAIS

8. MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO

Profissionais: CRM-13290

NATALLA SUELLEN BRAGA DA SILVA

Handwritten signature and stamp
CRM-13290

Handwritten signature and stamp
COREMGE 414618-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 10/04/2020 09:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026417690 10/04/2020 às 06:00
Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1008/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

- () RISCO DE QUEDA
- () RISCO DE UPP
- () RISCO DE FLEBITE
- () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
- () RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

PLANO NUTRICIONAL

Prescritor: CRM-13290

2. Hidratação Fase Única Venosa

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

Prescritor: CRM-13290

3. PLAMET (5.00mg/ml)

10 mg

2 ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

Água Destilada

Prescritor: CRM-13290

4. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000 mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

Água Destilada

Prescritor: CRM-13290

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

50 mg

1 ML

(AMPL C/ 50MG)

8/8h

EV

100 ml

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-13290

6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100 mg

1 UD

(FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

Prescritor: CRM-13290

7. SINAIS VITAIS

Prescritor: CRM-13290

8. MANTER MEMBRO OPERADO

Prescritor: CRM-13290

Profissionais: CRM-13290

NATALIA SUELLEN BRAGA DA SILVA

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

RP 1531

LEILIANE SUMAYA AVILA DA SILVA

10/04/2020 09:42

IP: 192.85.4.101

Natalia Suellem Braga da Silva
CRM-13290
CPF: 025.125.982-17
Av. Aguanambi, 1827, Fátima

Emissão 10/04/2020 09:42

Paciente: JE, CON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
C# Invenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1A - HAPFOR
Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026417690
Leito: 1008/1
Atendimento: 66525125
10/04/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg
Prontuário: 17466922

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------

GASTOS

RP153: LELIANE SUMAIA AVILA DA SILVA 10/04/2020 09:42 IP: 192.85.4.101

Leiliane Avila
LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA
Natalia Suelen B. da Silva
CREMEIO 13.290
CPF: 025.225.983-17
Av. Aguanambi, 1827, Fatima

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:39

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1] Nº: 53270057 09/04/2020 às 16:38

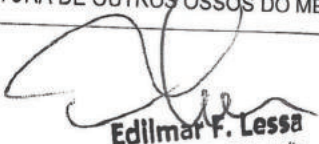
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO 2º.
METACARPO DIR. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO
DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO [1]


Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/04/2020 08:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NÉVES MEDEIROS Dt. Nasç.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1008/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1] Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METACARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

Natália Suelen B. da Silva
CREMEC 13290
CPF: 025.225.983-17
Ass. Atendimento Hospitalar

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/04/2020 10:04

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Pósto: POSTO 1A - HAPFOR

Leito: 1008/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]

Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METACARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - RQT 15349

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)**NOME:** Geyson Raphael Neves Medeiros**DATA:** 09/09/2020**PRONTUÁRIO:**

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☒ Ficha de Internação | ☒ Boletim Cirúrgico | ☐ Atestado |
| ☐ Prescrição Médica | ☒ Perioperatório | ☐ Receituário |
| ☒ Ficha Anestésica | ☒ Check list | ☐ _____ |
| ☒ Termo Anestésico | ☒ Check list Pré-operatório | ☐ _____ |
| ☒ Evolução Médica | ☒ Orientações Médicas | ☐ _____ |
| ☒ Controle de Materiais | ☒ Termo Cirurgião | |

EXAMES:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ ECG | ☐ CD |
| ☒ Laudo Cateterismo | ☐ Laudo US |
| ☐ Exames Laboratoriais | ☐ Laudo TC |
| ☒ ECO Doppler | ☐ Laudo RX |
| ☒ ECO Stress | ☐ Película RX |
| ☐ ECO Trans esofágico | |
| ☐ Teste Ergométrico | |
| ☐ Cintilografia | |
| ☐ Cineangiocoronariografia | |
| ☐ Risco Cirúrgico | |

OUTROS:**Equipe CC:** Elisa + William**Setor que recebeu:**☒ RPA ☐ Postos ☐ UTI**Ass:****Ass:****Exames devolvidos para paciente ou responsável:****Ass:****Setor que paciente foi transferido:****Leito:** ()**Ass:****Observações:****Atenção:** Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jeyson Raphael Neves Meloires
Data de nascimento	20/11/86
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Lidiane
Procedimento a ser realizado	Fratura de Falange

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Desde 07:00
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		Fêmur
Identificação com pulseira	X		USD

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório		X		
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:
☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

() RISCO DE QUEDA
 () RISCO DE UPP
 () RISCO DE FLEBITE
 () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
 () RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS			Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: *Medeiros* *Leison Raphael Neves*
 Data de Nascimento: *20.11.86*
 Nº do prontuário: *09.04.20*
 Leito: *20*
 Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Atuações nas eliminações	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				7

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Catatar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Pelitarmacia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Thelma V. Coelho C. Lima
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM