
Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624325

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036601

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036601

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005770-3**

Conta: **0000025609-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0030934120 CPF da vítima: 733.606.274-15 Nome completo da vítima: Maria Alice Marques Peres da Cândia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria Alice Marques Peres da Cândia CPF: 733.606.274-15
Profissão: Recusado Endereço: Av. Manoel Teodoro Número: 7301 Complemento: A
Bairro: Alto Branco Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58401-000
E-mail: Tel. (DDD) 51/98108-8721

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5770 3 CONTA: 25609 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande, 22/04/2020
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Alice Marques Peres da Cândia

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco



5090 0011 8447 2205 3211

11/21 5770 3 0025609 9 02 00

VALIDDATE AGENCIA DIGL CONTA INCL VM TIPO

MARIA ALICE MARQUES PEREIR

elo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1161/2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 31 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 13:00 horas, compareceu a Sra. Maria Alice Marques Pereira Cardoso, portadora da cédula de identidade nº 1 399.473 Seds/PB, CPF nº 733.606.274 – 15, brasileira, natural de João Pessoa/PB, casada, com 49 anos de idade, filho de José Marques Pereira e de Josefa de Melo Pereira, do lar, residente à rua Manoel Tavares nº 1301, Campina Grande-PB, a qual notificou que, Na noite do dia 29 de agosto do ano fluente, por volta das 19:00 horas aproximadamente, se conduzia na garupa da motocicleta marca Honda – POP, de placa 0GA 2322/PB, chassi nº 9C2JB0100JR108400, cadastrada em nome de Andreza Karla Marques Cardoso, conduzida por seu marido Isomar Cardoso da Silva, na rua São Luís, bairro do centro, regressando do trabalho e ao trocar de marcha bruscamente na subida de uma ladeira, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, conseqüentemente, a Notificante foi socorrida ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 31 de outubro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Maria Alice Marques Pereira Cardoso

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0030934120	CPF da vítima: 733.606.274-15	Nome completo da vítima: Maria Alice Marques Pereira Cardoso
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maria Alice Marques Pereira Cardoso	CPF: 733.606.274-15	
Profissão: Recuso	Endereço: Av. Manoel Tavares	Número: 7301 Complemento: A
Bairro: Alto Branco	Cidade: Campina Grande	Estado: PB CEP: 58401-000
E-mail:		Tel.(DDD) (51) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 5770 3 CONTA: 25609 9 (Informar o dígito se existir)
--	--

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

Local e Data: **Campina Grande, 22/04/20**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Alice Marques Pereira Cardoso
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	
2ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05770-3

CONTA: 000000025609-9

Nr. Autenticação

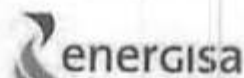
BRADESCO0402202005000000000023705770000000025609168750 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento válido e segurado-via de conta.

Recibo para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 004.373.247



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc. Est. 15.303.339-1

DADOS DO CLIENTE

IRENE DA SILVA SOUSA
AV MANOEL TAVARES 1301 A
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/161062-5

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

09/08/2019

CONSUMO

158

VENCIMENTO

01/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 101,09

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/09/2019

Pagador: IRENE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 000.761.654-69

AV MANOEL TAVARES 1301 A - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000047001	000161062201908	01/09/2019	R\$ 101,09	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

*Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742*

LAUDO MÉDICO :

A paciente MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de tornozelo esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

20-01-2020



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1979206

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIA ALICE MARQUES CEP: 58388000

Nascimento: 01/05/1970

PEREIRA CARDOSO

Endereço: SAO JOSE

Sexo: F

Telefone: 93757982

Cidade: Alagoinha

Idade: 049

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA

RG: 1399473

Nº: 130

Responsável: ISOMAR

CPF:

Profissão: AUXILIAR
ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de

Atend: 29/08/2019

CNS: 706806188756630

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 20:02:36

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria torácica |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS

Acidente de moto, queda de moto, no capacete. Placa ter caído, pontado, no tórax. Trauma pelo Air, sem amolizos.

1) Vias aéreas livres, sem hemorragia
2) Espirito, tórax indolor

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

1) Vias aéreas livres, tórax indolor
2) ECG 15, com arritmia, orientada.
3) Sinal de fatur, em tórax (E)

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Placa da Air, qual.	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
29/08/19
[Assinatura] + 2 forbas

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito de Araújo

CNPJ: 06.778.268/0038-52
Data: 05/09/2019

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 157008

DATA DA CIRURGIA: 05/09/2019

Número do Atendimento: 1979232 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Atendimento: 1979232

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA
BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 SSEPISIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO
POR PLANOS + HEMOSTASIA05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 10 FUROS
EM MALLEOLO LATERAL + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 40 EM MALLEOLO MEDIAL

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 05/09/2019

Assinatura: Wagner Luiz Egito de Araújo
Wagner Luiz Egito de Araújo

Assinatura: Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM: 157008
Data: 05/09/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/08/2019 HORA: 07:14:14

ORTOPEDIA

1º DIH

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Mário, Alice Marques D. Carden			Ortopedia I		1	3
Data	Hora		Data	Hora		
30/08/19	14:30	Paciente em estado geral regular, com diagnóstico clínico de fratura de tornozelo e encontra-se devidamente emadiomado eupneico, afebril, ao toque. membro acometido enfaixado até próximo a articulação do joelho, sem edema e hemi dor, o membro dor grau 2 no local da fratura com o toque no local, tórax e traxismo fisiológico, ADL diminuído em região do joelho. PA: 150/90, PAR: 150/90 mmHg, FC: 110 bpm FR: 22 Upm SPO2: 98%. CD: pele do da paciente apresenta uma PA: de 150/90 mmHg, foi realizado exercício diafragmático com uso do tubo latente, para tentar normalizar a PA da paciente, após 5 min a PA estava do mesmo futo 150/90 mmHg, mesmo assim foi realizado exercício de flex/ext			de joelho e quadril em modo ativo assistido (3x10"). no membro acometido, no membro controlateral exercício de dorsiflexão e flexão plantar (3x10") exercício de triplice flexão com resistência de elástico (3x10"). No geral a PA da paciente ainda estava com uma frequência de 150/90 mmHg. Admignico: hauricelo Nascimento Monteiro.	
						 TERAPIA DE FISIOTERAPIA CREITO - 201453 - F

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

MARIA RUIZ MARQUES PEREIRA (CARLOS)

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALII

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1979306

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR DE PÓS. DE TORSEÇÃO ESQUERDO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLACA TUBULAR 3.5 DE 50 F

01

PARAF CORTICAIS 3.5 x 12

01

" " 3.5 x 14

04

" " 3.5 x 16

01

" " 3.5 x 18

01

PARAF. ESPONJOSO 4.0 x 40

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

05-09-2019

DR. ELIANA + DR. EFELIN

OBSERVAÇÕES

+ DR. WAGNER LUC

CX 3.5 P. FRAG. Nº 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ELIANA

Dr. Wagner Luiz Eito de Araújo
 MR. ORTOPEDIA - R. ANATOLOGIA
 CRM - 99.2225

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Maria Alice Noronha Pereira Cardoso 30/01/05.70</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>União</u>	<u>49 anos</u>	<u>1929206</u>	
CIRURGIA <u>Pro. Cirurgico. / Fratura de tornozelo</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Edmarcio De Jesus + Dr. ...</u>		
ANESTESIA <u>Raque + Sedação</u>			ANESTESIA <u>Dr. Ramos</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Ramos</u>		<u>05/09/14</u>	<u>10h.20'</u>	<u>12h.50'</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Catel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix
	Diazepam amp.	<u>03</u>	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0.2mg</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonode		Catgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
<u>01</u>	Mercaina <u>0.5% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
<u>01</u>	Protigmine amp. <u>Eufedrina</u>		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
<u>01</u>	Protóxido I/m <u>Anestesia</u>		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Qualicin ml	<u>03</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon <u>3 0114</u>
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
<u>04</u>	Agua Destilada amp.	<u>01</u>	Lamina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
<u>01</u>	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
<u>02</u>	Dipirona amp.	<u>05</u>	Luvax 7-0 <u>Procc.</u>		Vicryl Serlix
<u>01</u>	Flexidol amp. <u>Protak</u>	<u>06</u>	Luvax 7.5		Vicryl Serlix
	Flebocortid amp.	<u>06</u>	Luvax 8.0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.		Luvax 8.5		
	Glicose amp.	<u>3.0</u>	Oxigênio I/m <u>3/10 min</u>		
	Glucon de Cálcio amp.	<u>03</u>	Polihix <u>C. M. ...</u>		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.	<u>03</u>	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS
<u>01</u>	Lask amp. <u>Paraganc</u>	<u>04</u>	Saco coletor <u>1x/1000</u>	<u>03</u>	SG Normotermico fr 500 ml
	Medrolinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
<u>04</u>	Placel amp. <u>Neuroedron</u>	<u>01</u>	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Prolamina	<u>01</u>	Seringa desc. 05 ml	<u>03</u>	SG Ring fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml <u>3/10 min</u>
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<u>01</u>	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	<u>01</u>	<u>Placa e Alça para 3.5</u>
<u>02</u>	Tenoxicam 20mg		Sonda Uretral nº	<u>01</u>	<u>Placaludo e Carteira</u>
			Stendrem ml	<u>04</u>	<u>Expansores</u>
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
<u>03</u>	Agulha desc. 25 x 25 <u>40x19</u>	<u>01</u>	Latesa		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>03</u>	<u>Elétricas</u>		
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº <u>25</u>	<u>03</u>	<u>Alga. Inf.</u>		
<u>03</u>	Álcool de Enfermagem	<u>03</u>	<u>Faixa Sman</u>		
	Álcool Iodado ml				
<u>04</u>	Ataduras de Crepon <u>15cm</u>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741

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

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

Assinatura do anestesista

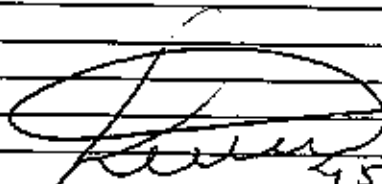
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	M ^{re} Alice Marques Pereira Cardoso		Idade:	49a
Convênio:	SUS		Data:	
Procedimento:	Trat. Quim. e fixação frut. de torçozelo m IE			
Cirurgião:	Dr. Eldemir	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Raimi	
Início:	10:20	Término:	12:10	Anestesia Raquel + Sedação

[illegible][illegible]

Observações:

Pele com sensibilidade aumentada, manifestando vómitos
recorrentes 34 minutos - sem efeitos. Oligo de 50ml

 453

Assinatura Anestesista

Circulante

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Dr. Luiz Gonzaga P. Leão IDADE: 49 SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática (☐) Sintomática (☐) Oligossintomática

SINTOMAS:

(☐) Cefaléia (☐) Tontura (☐) Síncope
(☐) Dispnéia de esforço (☐) Grande (☐) Pequena
(☐) Média (☐) Ortopnéia
(☐) Palpitações (☐) Tosse Seca (☐) Expectoração
(☐) Dor Precordial (☐) Típica (☐) Atípica
Relacionada: (☐) Esforço (☐) Emoções (☐) Frio (☐) Pós-prandial

Comentários: ortopnéia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(☐) Hipertensão Arterial Sistêmica (☐) Hipertensão Pulmonar (☐) DPOC (☐) Outros
(☐) Diabetes Mellitus (☐) Insuf. Cardíaca Congestiva (☐) Insuficiência Coronariana
(☐) Arritmias (☐) Insuf. Renal (☐) Aguda (☐) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: borco com haca (☐) Tabagismo
(☐) Estilismo (☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia (☒) Cirúrgico Cesariano (☐) Outros

Medicamentos em uso (☐) Não (☐) Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral (☒) Bom (☐) Regular (☐) Comprometido (☐) Precário (☐) Altura (☐) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: Rmz 2+ S2 B14P

FC: 90 b.p.m FA: 130 + 17 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: luzes 51m

Addômen - Comentários: jugoso no abd

Membros Inferiores - Comentários: exame -

6 - E.C.G.: Rm: Rferreres, supina de repolarização ventricular

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
(☐) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dr. José Maria L. Costa
CARDIOLOGIA - CRM 3847-PB

Obs.: _____

Ass. do Médico

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	4x/dia	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	HTA	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	3x/dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72hs	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

f.f. Helen Paula
 Coord. 226 PH

31/09/19

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Heitor Oliveira M. Costa Idade: 49 Sexo: F Enf/Leito: 3-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PEP CÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE ☒ DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	7/12	
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	7/12	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Srta. Vaneke
 com CPF 226

1. IDENTIFICAÇÃO

COMMON

сәрегі	Аманжол Нұрғали
--------	-----------------

1990

2015/02/20

MACÇAO HOSPITALAR:

NECESSIDADE DE PSICOLOGICAS

☒ ~~ROGENT~~ / CONSCIENTE

SECRET

PONTÂNEA () CATER NASAL ()

AGXOS DOS SENTIDOS:

SSÃO () AUDIÇÃO () TATO () OL

~~TRANQUILIZANTE~~ ~~AGITADO~~ ~~AGRESIVO~~

REGULAR

MAINTENANCE: INTESTINAL FLORA

TRIPPO / JEMAGRECIDA / JCAQUET

VO () SNG () SNE () OUTROS:

INSTRUMENTO NORMAL () ALTERADO

NAME: ESPONTANEA () SVD () INC

SECRET

[illegible]

_____ (SIM / NÃO) ESTÁGIO (GRADUANDOS)

*** E SONO/REPOUSO**

☒ INDEPENDENTE

— JAKŮBKA JINŠTATŮA

— **VERBODEN TOEGANG** —

RESERVADA () PUBLICADA

PORTAMENTOS: () COOPERATIVO (

DESPIRITUALS:

() PRATICANTE () NAO PRATICO

[illegible]

10-12	10-13	10-14	10-15	10-16	10-17	10-18	10-19	10-20	10-21	10-22	10-23	10-24	10-25	10-26	10-27	10-28	10-29	10-30	10-31	11-1	11-2	11-3	11-4	11-5	11-6	11-7	11-8	11-9	11-10	11-11	11-12	11-13	11-14	11-15	11-16	11-17	11-18	11-19	11-20	11-21	11-22	11-23	11-24	11-25	11-26	11-27	11-28	11-29	11-30	12-1	12-2	12-3	12-4	12-5	12-6	12-7	12-8	12-9	12-10	12-11	12-12	12-13	12-14	12-15	12-16	12-17	12-18	12-19	12-20	12-21	12-22	12-23	12-24	12-25	12-26	12-27	12-28	12-29	12-30	12-31
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

•

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Presença com FA TN 2 (E) de uso de*
tele-sguarita e injeção.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	9 x da a	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12 13 ho	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	demora	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	Atenção	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	12 13 ho	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilson S. Raposo
 ENFERMEIRO
 CRP 43377

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/08/2019

Horas: 09:37:32

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DHU - 2

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 31/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	X2 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	X2 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M 06

EVOLUÇÃO

DATA: 31/08/2019 HORA: 09:36:12

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8026

Data: 29/08/2019

Horas: 20:41:30

Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

ENF. 04

LA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	es
2	JELCO SALINIZADO	es
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	26 96
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	26
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	96
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	es

29/08/2019



CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 02/09/2019
 Hora: 09:35:55
 Médico (a): Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F
 Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DH1 - 4

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 02/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTIAZONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA	18
3	JEICO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	12 18
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h	12 18
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFE	12 18
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/09/2019 HORA: 09:35:45

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

NEGA HAS E DIABETES
 DIURSE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
 ASSK/ATP/2019
 Wagner Luiz Egito De Araujo

Data: 01/09/2019

Horas: 09:17:38

Médico (a): Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAIBA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 01/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item Prescrição

1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OD/10D
2	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF
3	DIETA LIVRE
4	JEFÇO SALINIZADO
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOL. 6h/6h
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h
7	Reconstituir 2ML ABD.
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFÉ
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Apazamento

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8926



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 03/09/2019
Hora: 09:39:08
Médico (a): Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F
Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermeira: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DATA 03/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aparazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMF, 12h/12h 2D/10D	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMF, 12h/12h	18
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, ANTES DO CAFE	18
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18

EVOLUÇÃO

DATA: 03/09/2019 HORA: 09:38:51

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGAS E DIABETES
DIURSE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araújo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM - PA 8925
Médico Ortopedista

GOVERNO
DO PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DDI - 6

Clínica: ORTOPEDIA Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE <i>Zou A 20:00</i>	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. HRA AMP. 12h/12h 3D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Ditar em 100 ML SF	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMP	
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 5 Reconstituir 4ML ABD, 1 X AO DIA	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 Reconstituir 2ML ABD,	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, ANTES DO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO *Remoção de hérnias*

DATA: 04/09/2019 HORA: 10:23:27

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NO
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +
MIE: APRESENTA MELHORA DAS CONDIÇÕES DE PEL

CD: VPM

ASSINATURA
Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM 1979232

1000 20
5039 016

Jr. Wagner Luiz
HR. ORTOPEdia
CRM

SEGUIR PRE-OPERATÓRIO-ALAS

GOVERNO DO PARÁ

DA PARÁ

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

SEGUIR

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 10:57:59

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	38 02
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 4D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	S/N
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	38 02
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	enferm.
10	CURATIVOS 1X POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 10:55:57

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS.
NO MOMENTO EM URPA.

CD: VPM + RX CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva CamaraDr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.207



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 06/09/2019
Horas: 09:52:12
Médico (a) : Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 **Paciente:** MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO **Idade:** 049 **Sexo:** F
Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA **Data de Nascimento:** 01/05/1970 **Admissão:** 29/08/2019 **DH - 8**

Clínica: ORTOPEdia 1 **Enfermaria:** 3 **Leito:** 1 **Diagnóstico:** FX TNZ F

Data: 06/09/2019

Médico(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aparazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 5D/10D	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12 15 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12 15 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE RECONSTITUIR 2ML ABD.	12 15 06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	14 22 06
8	DECUBITO MUDANÇA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 15 06
10	CURATIVOS 1X POR DIA	12 15 06

Data: 06/09/2019 **Horas:** 09:51:24

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

NEGA HAS E DIABETES

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PACIENTE EM IDPO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ALTA PREVISTA PARA 07/09/2019

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araújo

DR. Wagner Luiz Egito de Araújo

CRM: 1979232

10.1.1.148/projechicg/impripevo.php?data=2019-09-06&conta=1979232&IDC=43673

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/09/2019

Horas: 08:59:34

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Admissão: 29/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019 HORA: 08:55:32

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM 2º DPO, SEM QUEIXAS. NEGA HAS E DIABETES DIURESE E EVACUAÇÕES + FO COM BOM ASPECTO.

-:

- ESCRIVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + XARELTO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7325



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 29/08/2019

Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 N° ATEND: 1979206

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 29/08/2019 HORA : 20:03:49

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU ALAGOA GRANDE

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Rodrigue e Silva, Siqueira

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS FATORES RELACIONADOS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () INSPIRÂNCIA () BATIMENTO DE ASA DE MARZ () CORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PRELUIZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
() MEDICAR E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE Desequilíbrio diminuído
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE Desequilíbrio diminuído
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() PARAR SINAIS FLOGÍSTICOS		
() ROTACIONAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PAORÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCUNTAÇÃO PREJUDICADA	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PAORÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR(MELHORA-DA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		() MEDICAÇÃO E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, LÍNGUA, PULSO)		() RISCO DE Desequilíbrio diminuído
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		() MINIMIZAR O RISCO DE INFECÇÃO
PARA SINAIS FISIOLÓGICOS		
ROTACIONAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS		
EVITAR ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERENFARMAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBITO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Edição 2018, 551-ENF
COREN 087855-1-ENF

Figure 1

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ma Alice Marguerite P. Cardoso Idade: 49 Sexo: F End/Leito: 3-A

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias ()	Motivo: Alergias ()	Qual? .	Doença ()	HAS ()	DM
------------------------	----------------------	---------	------------	---------	----

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Aplicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EX + N3 G.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (☒) CONSCIENTE (☒) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA, LOCAL: peroneal da M. IF

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () IT A: UEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PAL-DA: OBS.:

SE: MANÇA FÍSICA: TRANQUILO (☒) AGITADO (☐) AGRESSIVO (☐) RIS O DE QUEDA OBS:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (☒) REGULAR (☐) IRREGULAR OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO (X) OUTROS

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPERCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: AVP MSP

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRACEN):

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (0) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIN...ÇÃO FÍSICA: (☒) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (☒) COOPERATIVO () OUTROS:

5. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DI-OR (Ca10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	04/09
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Data: 29/08/2019

Horas: 20:41:30

Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS. ANTES DO CAFE	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

29/08/2019

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NH6 DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Rêe Marques Cardoso Idade: 49 Sexo F Enf/Leito 3.1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alérgias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex IVZ 6

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (☒) CONSCIENTE (☒) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (☒) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (☒) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: (☒) VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (☒) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (☒) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (☒) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (☒) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (☒) NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (☒) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (☒) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (☒) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO (☒) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (☒) PRESERVADA () PREJUDICADA

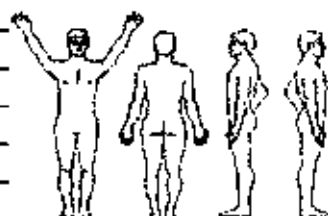
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Revisão com finalidade de TVE por uma*
Dr. Tóbi & equipe

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADILHO RESPIRATÓRIO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () JOSSPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () TROMBOPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELÉTROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS	
() MANter OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
() MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAÇÃO ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO	
TERAPIA INTRAVENOSAS? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO	
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO	

Graciela S. Apesos
Enfermeira

Nome: <i>Lucas</i>	Idade: <i>19</i>	Sexo: <i>F</i>	Endereço: <i>3.1</i>
--------------------	------------------	----------------	----------------------

Doenças prévias () Motivos Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EX TIV 5 (2)

ACAO DAS NECESSIDADES PSICOLOGICAS

AO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ CONFUSO ☐ LETÁRGICO ☐ COMATOSO

EM: / DISFONIA () DISARTHRIA

AO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

CA FÍSICA: TRANQUÍLO () AGITADO () AGRSSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:
AO CARDIOVASCULAR: RUÍDO () REGULAR () IRREGULAR () ANORMAL ()

AO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

ACÇÃO E EXAMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

DIAGNOSTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUETICO () OBESO

ACAO: ☒ VO () SNE () SNE () OUTROS:

AO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

AO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

ADRE FÍSICA E CULTANO-MUCOSA

INTEGRA () LESÃO () OUTROS:

Local: _____

CORPORAL E SONO/REPOUSO

CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

ORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

0 FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

PRO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

ACÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

TO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

() PRATICANTE () NAO PRATICANTE

AO GERAL

	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
--	---	------	------	----------	---------	---------------	------	------------	--------------	---------

T	FC/P	SP02 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (mL)	DEBITO DE DOR (mL)	PESO (kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
---	------	----------	------------------	--------------	--------------------	-----------	------------	--------------	------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Agenda cirúrgica

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR ☒ OUTRO	☒ INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ☒ OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	☒ AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ☒ PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	M	☒ AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	M N	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
☒ REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	M	☒ MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	M + N	☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72/72h	
☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	M + N	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☒ SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICOPOSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM ☒ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Alcinda M. B. Sobral
ENFERMEIRA
COREN 1443987-PB

1. IDENTIFICAÇÃO		Nome: <u>Marina Oliveira</u>		Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>		Enf/Leito: <u>3-1</u>	
2. HISTÓRIA PREGRESSA		Doença () HAS () DM		Qual?		Doença () HAS () DM			
3. DOENÇA ATUAL:		Motivo: Alergia () Motivo: Alergia ()		Qual?		Doença () HAS () DM			
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>EX</u> <u>IN 2 G</u>							
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO							
6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL							
7. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA							
8. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS							
9. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:							
10. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS:							
11. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIZADO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS:							
12. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:							
13. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		EDEMA: () LOCAL OBS:							
14. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTestinal e URINÁRIA)							
15. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÊTICO () OBESO:							
16. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:							
17. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO ☒ OUTROS: <u>diarréia freq. 50x</u>							
18. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:							
19. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA							
20. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA							
21. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO ☒ OUTROS: <u>INFEÇÃO</u>							
22. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		LESÃO POR PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO () LOCAL:							
23. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		LOCALIZAÇÃO anatômica da ferida:							
24. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO							
25. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE ☒ PARCIALMENTE DEPENDENTE							
26. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA							
27. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		LIMPEZA FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIRA DE RODAS							
28. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO SOCIAIS							
29. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA							
30. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:							
31. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		6. NECESSIDADE PSICO ESPIRITUAIS:							
32. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		RELIÇÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE							
33. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		7. AVALIAÇÃO GERAL:							
34. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		HORA		PA		T			
35. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		FC/P		SPO2		GLICEMIA		DIURESE	
36. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		DEBITO DE DOR		PESO		ASSINATURA		DISPOSITIVOS	
37. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		DATA DE		INSCRIÇÃO		SOG/SNG/SNE		SUF	
38. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		CIRCUITO DE VM		FILTRO DE VM		UMIDIFICADOR		ASPIRADOR	
39. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS		LATEX		EQUIPO SIMPLES					

6/1 60/30

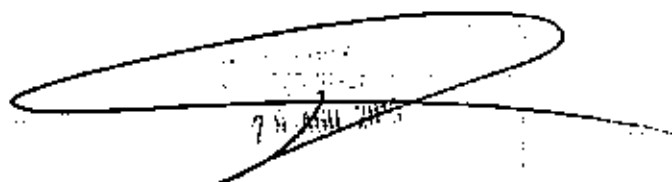
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA

DOR TNZ © APÓS TRAUMA

EF: DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO

- CONDUTA: INTERVALAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____ hs.

☐ Centro cirúrgico _____☐ Internação (setor) _____☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____☐ Alta hospitalar / ☐ JA revella☐ Decisão Médica☐ Óbito


(Ass. do paciente ou responsável quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 07/09/2019

Registro: 1979232

Tempo de Permanência: -18138

Diagnóstico Inicial: 0408050497

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOZELO

Data: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + XARELTO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FICAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/09/2019

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7825

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO
Número de Inscrição
733.606.274-15

Assimilado
05/1970



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB Nº 014798965312

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 CDD. RENAVAM 0115085078-4 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME ANDREZA KARLA MARQUES CARDOSO



CNPJ 10681304405

PLACA OGA2322/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC

MARCA / MODELO HONDA / POP 1101

CAP / POT / CL 2 B/109 / CI

CATEGORIA PARTIC BRANCA

VENO COTA UNICA 00/00/0000

VENO COTA UNICA 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS 0

FADIA LPVA *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 29/04/2019

DATA 15/05/2019

LOCAL ALAGOA GRANDE - PB

99999999

19721

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036601 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1.
PAGAMENTO CONFORME LAUDO MÉDICO DR. ANUAR MURAD FILHO - CRM/PB - 8742 DE 20/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030934/20

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDO

CPF: 733.606.274-15

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO : 733.606.274-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO
CPF: 733.606.274-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA