

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2980125020210215152210

Processo 0801905-29.2021.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 24 de março de 2021 às 09:00:00

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08019052920218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFFERSON PEREIRA DA FONSCA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/01/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/07/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/01/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de fevereiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JEFFERSON PEREIRA DA FONSCA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08019052920218230010.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este Número

SEU CÓDIGO

0072314-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capão da Onça, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.041-900/001-44 | Ins. Estadual 24.007.022-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Edição 01
Registre Especial de Inscrição autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal 4437472

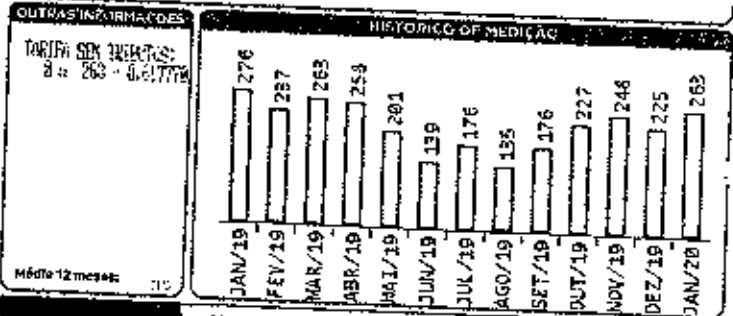
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002. FCAH*

CONTA A Pagar	VENCIMENTO	CONSUMO (U.M.)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JAN/2020	16/02/2020	238,50	R\$ 238,50

JUSTIENE FIGUEIREDO PEREIRA
R. MURILO T CIDADE 1523 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-348 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KW/h)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 15.254	Atual: 15.254	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 15.254	Anterior: 15.254	Classe/Subclasse: NORMAL
Data de consumo: 11/19	Produção leitura: 17.02.2020	Uso: TRIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1	Emprego: 15.254.000	Número Medidor: 15201001
Consumo medido: 238,50	Apresentação: 15.254.000	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 238,50		Modalidade: M 141563

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	238 A R\$ 0,760481 =	200,00
CORREÇÃO MONETARIA IG 11/19-00		0,00
MULTA POR ATRASO DE 1 11/19-00		1,00
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		0,02
MULTA POR ATRASO 11/19-00		3,83
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00		0,12
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		33,45



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Atenção! Até o dia 16/02/2020, não constataremos valores vencidos nesta Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 198,71	Encargos: 6,18	Base de Cálculo: 200,00	ICMS: 17,00
Distribuição: 27,42	Tributos: 27,50	PIS: 0,00	COFINS: 0,00
Transmissão: 11,40			

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
1.24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,58			1,00			0,58	

ROY: 11.001.19.00.703700

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0072314-2	TOTAL A PAGAR - R\$ 238,50
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA Av. Capão da Onça, 591 - Centro - Boa Vista - RR CEP: 69.041-900/001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-8	MES FATURADO 01/2020	VENCIMENTO 16/02/2020
	Nº da Nota Fiscal: 4437472	FCAH*



SEQ.: 0263 UC: 0072314-2 DT. LEIT.: 17/01/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 16058 NORMAL TOTAL: 238,50 CARGA: 027
DT. VENC.: 16/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4072

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

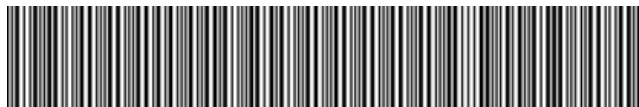
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/RIRLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Pereira da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.092-91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jefferson Pereira da Fonseca

inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.092/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CPF: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3865</u>

Local e Data: Boa Vista-RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

42

2022 05-12-10
Saliente a linha de queda de moto
Apresentando lesão em tornozelo
Ex Exposto de lesão distal
Ch. do CC PI LHC +
fixação

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BR 2028

**SUS****Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DOD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCEIRAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (VÁLIDO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRP-RR-1635
CRM-RR-610
ROE-610

17/10/2025

V1995



BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Figueira

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/2011

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta T. 102 (S)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação externa com T. 102 (S)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Vitor Paracat

1ª AUXILIAR:

Chir. R. R. S.

2ª AUXILIAR:

Chir. F. R. S.

INSTRUMENTADORA:

3ª AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- P.A. do ant. + anest. loco

2- Lavagem + limpeza + lavagem do ant.

3- L. 102 exposta com T. 102 (S), + sutura, fixação externa + controle radiológico + curativo

4- RDA

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM: RR 1635
RQE: 610



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome _____
Responsável (Cirurgião) _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

COEXISTENTE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNÇÃO ANESTÉSICO

O PACIENTE POSSUI:

- ~~ALERGIA CONHECIDA~~
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA - 500 ml

- ☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data _____ Assinatura _____ Hora: 13:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiado _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE

- ☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

1- REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

2- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

3- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

404-5

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	4045	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SA 3
2	AVP				12/18
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H				12/18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12/18
6	OME PRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Katiana
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, PULNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO. EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D)

REANH

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	124/75	77	-	22.5	
18 H	137/85	72	-	36.1	
24 H	120/68	70	-	34.6	

07 as 19 } administrado medicação aferido sinais vitais
11/01/2020

06h PA = 110x80 P=91 T°=36°C

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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

DNI: ____/____/____

Nome Completo: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Podrão ☐ Contato ☐ Suporte de transmissão ☐ Gotícula – perigososAlergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (s): _____ Sexo: ☐ M ☐ FPaciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: _____Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obi: _____Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadêira de rodas ☐ Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não reage Alterações: _____

PUPILAS

☐ Fotoreagente ☐ Mióticas ☐ Midríicas ☐ Afébril ☐ Fébril ☐ Hipotérmica☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes ☐ Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Fupnelco ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Aramplente ☐ Triquetorina ☐ AspiraçãoOxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☐ Espontâneo ☐ EVL ☐ Pralida ☐ Uroneo☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Polistomia☐ Irrigação contínua ☐ Pulso: _____

CARACTERÍSTICA DA PELE

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada☐ Normocrizada ☐ Urtária ☐ AuscultaLesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____

Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Deglutição Prejudicada | ☐ Padrão respiratório ineficaz | ☐ Risco de Lesão por Pressão |
| ☐ Risco de Infecção | ☐ Ventilação espontânea prejudicada | ☐ Risco de Quedas |
| ☐ Risco de nutrição desequilibrada | ☐ Mobilidade física prejudicada | ☐ Risco de Broncoaspiração |
| ☐ Risco de glicemia instável | ☐ Risco de integridade da pele prejudicada | ☐ Eliminação urinária prejudicada |
| ☐ Risco de alteração no volume | ☐ Risco de desequilíbrio temperatura corporal | ☐ Risco de constipação |
| ☐ Volume de líquidos excessivo | ☐ Padrão de sono prejudicado | ☐ Comunicação deficiente |
| ☐ Volume de líquidos deficiente | ☐ Defeito no conhecimento para higiene | |

Escala de Morse

- | 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | Prescrição de Cuidado Prev Quedas |
|---|--|---|
| Não | 0 Orientado/limitado/conhece as limitações | ☐ Alinhar grades laterais e elevador |
| Sim | 25 Superestima capacidade/Esquece limitações | ☐ Identificar o risco de queda em placa de identificação |
| | TOTAL: | ☐ Auxiliar o paciente na higiene |
| 2. Diagnóstico Secundário | 0 Risco Baixo: 0 - 14 | ☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama |
| Não | 15 Risco Médio: 15 - 14 | ☐ Monitorar sinais e sintomas de quedas |
| Sim | Risco Alto: Maior que 14 | ☐ Necessidade de contenção de urina |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizante | | ☐ Reduzir o volume de líquidos |
| Não | | ☐ Colocar o paciente em cama |
| Sim | | ☐ Material de uso pessoal ao paciente disponível |
| 4. Apoio na Deambulação | | |
| Nenhuma/Acamado/Auxiliado | | |
| Muleta/Bengala/Andador | | |
| Mobilizador Parede | | |
| 5. Marcha/Deambulação | | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado | | |
| Fraca | | |
| Comprometida/Combaleante | | |

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



Hospital Geral de Roraima
Hospital Geral de Roraima

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

1101

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	404-5	DATA	2/01/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			13:18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			13:18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			13:18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6H			
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			
14				
15				
16				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D.

RESUM

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	82	20	
18 H	120x70	82	20	
24 H	120x70	82	20	

06h 120x70
FC = 82
T = 36,8

Dr. Iete Valério Ferreira
Médico em Enfermagem
CREM-RR 000001077

Atualizada: 12/2018

Data: 121 Cl 1 AC AC

Localização	 	Região: <u>MI D</u>	 	Região: _____
Etiologia	☒ L.P.P I II III IV 2* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Torcão</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I () II (☒)	☐ L.P.P I II III IV 2* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Torcão</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Lito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ferimento / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ferimento / Rubor ☐ Outro: _____	
Pele Periferecional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Francielyne A. Mendes</i> Técnica em Enfermagem COREN-PA 629.103 <i>Roberto de M. Magalhães</i> Fisioterapeuta COREN-PA 629.103			
Observações:				



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

Data: ____/____/20 ____ Enfermaria: ____ Leito: ____

Nome Completo: ____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: ____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): ____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma: ____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: ____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: ____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: ____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: ____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: ____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: ____ Pulso: ____ Alterações: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GIT
() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
() Irrigação contínua () Outros: ____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Flatos: () Presente () Ausente
() Normocrada () Ictérica () Anictérica () Edema Local: ____
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: ____ Risco de Lesão Sinalizado: ____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: ____ Data: ____ Trocar em: ____/____/____
Cateter Central: () Sim () Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Trocar em: ____/____/____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____
Curativos: () Sim () Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de constipação	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	2. Estado Mental	3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	4. Auxílio na Deambulação	5. Marcha/Deambulação
Não 0	Orientada/limitada/conhece as limitações 0	Não 0	Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Sim 15	Superestima capacidade/Esquece limitação 15	Sim 15	Muleta/Bengala/Andador 15	Fraça 10
			Mobiliário Parede 30	Comprometida/Cambaleante 20
TOTAL:				
Risco Baixo: 0 - 24				
Risco Médio: 25 - 44				
Risco Alto: Maior que 45				
Sinalização do Risco:				
() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem				
() Risco registrado na placa de identificação leito				

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: ____



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

GOV. RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	406.F	DATA	13/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFI. BRIL., EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO-D.

Dr. Jesus A. Lopez A.
 CRM-BR 595

RELAT

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-BR 1964
6 H	110 x 70	FC 75	FR 18	36,8	
12 H	122/72	79	19	36,6	
18 H	138/84	89	-	36,6	
24 H	141/70	85	-	36,6	

7/01/2020 13:00 a 19:00
 medicina em di.
 Morango + SSVV

Ana Maria A. Marins
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 100.400

13:00 a 19:00
 Realizado medicamento
 de acordo com presen
 ca médica
 01.01.2020

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Sapientino, Jucileia - 500012

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Leito:

4000

Data:

18/01/2020

Localização		Região: <u>torso</u>		Região: <u>torso</u>
Etiologia	☒ JLP I II III IV * ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒)	☒ JLP I II III IV * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒)
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Pele Periferecional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☒ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Mariana Silva Rodrigues Enfermeira	 Mariana Silva Rodrigues Enfermeira	 Mariana Silva Rodrigues Enfermeira	 Mariana Silva Rodrigues Enfermeira
Observações:				



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

Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____			DN: ____/____/____		
Hipótese Diagnóstica: _____					
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - artoal () Gotícula - perióstios					
Alergia: () Sim () Não		Qual(is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante () Sim () Não Caso: _____					
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadente/Andaídas () Comprometida					
SISTEMA NEUROLÓGICO					
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações					
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
() Fotorreagente () Mióticas () Midrípticas			() Afebril () Febril () Hipotermico		
() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes			() Alterações: _____		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração					
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico			() Normotensão () Distendido () Globoso		
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico			Ruidos Hífticos: () Presente () Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			Alterações: _____		
SISTEMA URINÁRIO / DIURSE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Espontânea () SVD () Febril () Deprimido			() JVO () SNG/SOG () SNG/SOE () GTT		
() Anúria () Oligúria () Costipação			Acentuação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
() Irrigação contínua () Outros: _____			Evacuações: () Presente () Ausente () Distúrbio		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			Alterações: _____		
() Hidratada () Desidratada () Ressequida			Flatos: () Presente () Ausente		
() Normocotada () Hiperótica () Gremetores			() Edema () Não		
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			Risco de lesão térmica: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____		Troca em: ____/____/____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____		Cuidado realizado em: _____	
Troca em: ____/____/____		Troca em: ____/____/____		Troca em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____		Quantidade: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição prejudicada		() Termorregulação prejudicada		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de constipação		() Cuidado de integridade da pele prejudicado		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos excessivo		() Cuidado de sono prejudicado			
() Volume de líquidos deficiente		() Dificuldade de comunicação verbal			
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
Não 0		Orientado/limitado/compreensão limitada 0		() Monitor grades laterais elevadas	
Sim 25		Superestima capacidade/esquece limitações 25		() Identificar o risco de queda na escala de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:		() Acionar o paciente na intenção	
Não 0		Risco Baixo 0-24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Sim 25		Risco Médio 25-44		() Manter cama com todos travados	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto, Maior que 45		() Monitorar de contagem de leito	
Não 0		Sinalização do risco 0		() Manter vigilância de ____ horas	
Sim 25		Prescrição de cuidado no quadro de posturo/entimologia		() Cuidado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		() Risco de queda na placa de identificação		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0				()	
Muleta/Bengala/Andador 15					
Mobiliário Parede 10					
5. Marcha/Deambulação					
Normal/Sem deambulação/Acamado 0					
Frac 10					
Comprometida/Cambaleante 10					
Registro Geral:					

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					

GOV. RO. DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	854-6	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				5:00
3	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6H				5:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG LV DE 12/12H				5:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				5:00
6	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA				5:00
7	PLASIL 10MG LV 8/8H 5/N				5:00
8	TRAMAL 100MG + SIO,9% 100ML LV OU TCP 50MG VO DE 8/8H 5N				5:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				5:00
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				5:00
14					5:00
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				5:00
16					5:00
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ)				
	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI				
	351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI (MI) GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, TUPNÉTICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D.

REAVI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 19663
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	74	-	36,1	
18 H	130/80	74	-	36,1	
24 H	130/80	74	-	36,1	



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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mioticas () Midriática () Afebril () Febre () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos hidroaórticos: () Presente () Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURSE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen- () VO () SNG/SOG () SNE/SOF () GTT
() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

() Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local () Presente () Ausente
() Normocorada () Ictérica () Ametérica () Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 () Manter grades laterais elevadas

Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 () Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário TOTAL: () Auxiliar o paciente na higiene

Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 () Manter cama com rodas travadas

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado Risco Alto: Maior que 45 () Necessidade de contenção ao leito

Não 0 Sinalização do Risco: () Manter vigilância de ____/____ horas

Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Calçado seguro nos pés

4. Auxílio na Deambulação () Risco registrado na placa de identificação leito () Material de uso pessoal ao alcance da mão

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0

Muleta/Bengala/Andador 15

5. Marcha/Deambulação Mobiliário Parede 30

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fracá 10

Comprometida/Cambaleante 20

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	304-5	DATA	10/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G IV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG IV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SED, 9% 100ML IV OU TCP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMEFICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG IV DE 12/12H				
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/MI GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRII, LUPNICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO LM TORNOZELO D.

REATI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 14664
6 H	PA	FC	FR	TAR	
12 H	135/85	92	21/Rev	35.9	
18 H	124/80	64	20	36.2	
24 H	122/77	72	-	36.0	

15/01/2020 administrado medicação aferido sinais vitais segue aos cuidados da enfermagem

Nota: (2020)

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

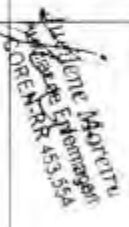
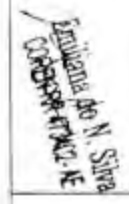
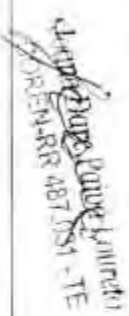
Thelma Pereira

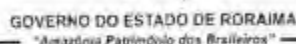
Leito:

4043

Data:

15/01/2020

Localização			Região: <u>MDP</u> Grau: I () II (X) III ()		Região: _____ Grau: I () II () III ()
Etiologia	☐ LPP ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outros:				
Aparência do Leito	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:				
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outros:				
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outros:				
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco				
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%				
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:				
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	 Marlene Macrety Enfermeira Especialista COREN-RR 453.554		 Juliana de N. Silva Enfermeira COREN-RR 453.554		 André Luiz Pires Junior Enfermeiro COREN-RR 487.054 - TE
Observações:	_____ _____ _____				



Emiglon

IQP: 26/Ans.

Bruno Thiago O. G. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1028

Mr. Morley



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Ferreira da Silva			2004207006	10/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
CIRURGIÃO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
1º AUXILIAR		EQUIPE MÉDICA			
2º AUXILIAR		ANESTESISTA: Dr. Fábio			
TIPO DE ANESTESIA: Raquí		RES. ANESTESIA: Dr. Daniel			
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE: EVA BAYMA, Grande			
		TEMPO DE DURAÇÃO: 13:00 - 13:40			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	Secul
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	Medicamento de reposto
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
1	Geofam				
1	Geofam				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

SRPA

INTRA-OPERATÓRIO

INTRA-OPERÁRIO			
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia
			Término da Anestesia

[illegible]

8.3

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 -		

Localização									
1. Sonda		15'							
2. Curativo		30'							
3. Dreno		45'							
4. Acesso venoso		1h							
5. Outros		01.30 h							

2. Chegou ao Centro Cirúrgico

3. Sinais Vitais:

N.º de Compressas utilizadas:	() Não
N.º de Compressas recolhidas:	() Sim
Exames na SO:	N.º peças:
() HT () Hb () Hemograma () Fx	() Cultura
() Pleocitometria () Outros: _____	() Outros: _____

3. Sinais Vitais

T _____
 R _____
 FC (L) _____
 PA (3x) _____ months

Legenda:
1. Filletados
2. Omelette

4. Anotações (Admissão do

Paciente):

6. Caterer Oz
7. Venoclave
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT () Nao () Sim N^o—

Sinais Vitais: Saída da SO

FC 120 bpm

T 36.5 °C R 72 rpm

PA 120 mmHg SAT 98 %

() Regular () Irregular

Destino: (X) SRPA () UTI () outro: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

BALANÇO HÍDRICO (PRE/INÍCIO/POB DE ENTRADA)							
Entrada			Saída				
Mês/Calção	CH	SVC/VOLUME	Dreno/Qual	hora	SVC/Aspecto	Dreno/Qual	Difusos
hora							

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

José Luciano dos Santos
Enfermeiro



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipotérmico
Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fracida () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNF/SOF () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
Alterações: _____
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema local

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anúria
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não 0

Sim 15

2. Diagnóstico Secundário

Não 0

Sim 15

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0

Sim 20

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobilidade Pareda 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Semi deambulação/Acamado 0

Frac 10

Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____/____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		IAS		DM2	
IDADE		LEITO	304-B	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/11
2	AVP				mont
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				5/11
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				5/11
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				5/11
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				5/11
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5/11
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				5/11
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5/11
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5/11
11	CURATIVO DIÁRIO				5/11
12	SSVV + CCGG 6/6H				5/11
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400 : 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	123x79	79	-	36.0	
18 H	140x80	107	-	36.5	
24 H	140x87	101	15	36.2	

06/4 128x83

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2014

Paciente:

Jéssica

Reina

Ferreira

Leito:

404-5

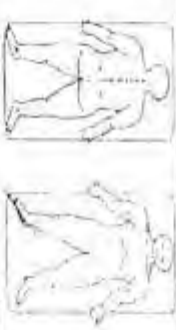
Data: 16/01/2014

Localização



Região MID

Grav: I () II (x) III ()



Região MID

Grav: I () II (x) III ()

Etiologia

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

() LPI I II III IV ?* () Queimadura (x) Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Intoxicação
() Outro:

Aparência da

Lesão

(x) Necrose Amarela/Negra () Esfúrculo (x) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal () Macerado () Seca (x) Eritema/Rubor
() Outro:

() Necrose Amarela/Negra () Esfúrculo (x) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
(x) Normal () Macerado () Seca () Eritema/Rubor
() Outro:

Pele Periférica

() Outro:

() Outro:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

() Molhada

(x) Úmida

() Seca

() Molhada

(x) Úmida

() Seca

Solução de Limpeza

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze () Colágeno/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: ALC

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

Cobertura primária

Troca

() 12/1

(x) Diário

() 48/48h

() 12/12

(x) Diário

() 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Renata Silva Rodrigues
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 50778-1

Renata Silva Rodrigues
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 50778-1

Observações:



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual (is): _____

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso () Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente () Alterações: _____

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVO () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normotônica () Fúrbica () Anictérica

() Alterações: _____ () Edema Local: _____ () Risco de Lesão: _____

Risco de Lesão: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Risco de Infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas () Identificar o risco de queda na placa de identificação () Auxiliar o paciente na higiene () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama () Manter cama com rodas travadas () Necessidade de contenção ao leito () Manter vigilância de ____ horas () Calçado seguro nos pés () Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

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

HCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	414-5	DATA	12/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				5:00
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H				5:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				5:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				5:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				5:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N				5:00
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				5:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				5:00
13	AO HC				5:00
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, TUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	4
12 H	140/87	92	-	36,0
18 H	140/90	102	-	36,0
24 H	134/67	97	-	37,3

DR AUGUSTO CAVALCANTE
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM RR 1984

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>Edgerson Raimondinho</i>			
HGR	Leito: <i>404.5</i>			
	Data: <i>17/01/2014</i>			

Localização			Região: <i>MSD</i>		Região: <i>MSD</i>
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tracão</i> ☒ Fivador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		Grau: I () II (<i>X</i>)	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tracão</i> ☒ Fivador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		
Pele Perilesional	☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:		
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco ☐ Outro:		
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:		
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Adriana Moreira</i> Enfermeira CRP 453.554		<i>Guilherme</i> Enfermeiro CRP 522		
Observações:					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Renerio de Faria CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____/_____

404-5



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO				DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO						
ALERGIAS			HAS		DM2		
IDADE			LEITO	21-3	DATA	10/01/2020	
ITEM							HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SN
2	AVP						manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						12:00, 18:00, 24:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DE 12/12H						12:00, 24:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN						SN
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA						06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						} SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						} Quatro
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						Colina
13	AO HC						
14							
15							
16							
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI 351-400: 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI (MI) GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REATT

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/65	88	17	36,1°C	DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 1964
18 H	131/85	95	20	36,8°C	
24 H	100/69	93	-	36,3°C	
	115/74	89	-	36,4°C	

07h às 19h - Paciente sem queixas, administração de medicamentos e.p.m., Verificado SSVV, Aux. de enfermagem 705252

Paciente orientado, administrado medicamentos, verificado SSVV, aux. de enfermagem 705252

Marcos Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
CRM RR 461069 AE

404.3



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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		40-45		DATA	
ITEM							HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					Suã
2		AVP					Me. J. R.
3		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 3/6H					12 (10) 14 (16)
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DI 12/12H					08 10
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DI 6/6H S/N					Suã
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					Suã
8		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N					Suã
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					Suã
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG					Suã
11		CURATIVO DIÁRIO					Retirar/curativo
12		SSVV + CCGG 6/6H					Retirar
13							
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)					
		CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI					
		351-400 8UI ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 mg/dl GLICOSE					
		50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNÍFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

RECATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	THX
12 H	122/77	74	21	36.2
18 H	126/72	86	21	36.2
24 H	130/77	77	21	36.2

Obs: Apresentou reação alérgica após item (03).
reação alérgica a clindamicina!
404 319065



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

Data: 19/01/2025 Enfermaria: 404 Leito: 03

Nome Completo: Jefferson Pereira Fereira DN: ___/___/___

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - pardigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Apático () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Afébril () Fébril () Hipotérmico () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Troquelestermia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotensão () Distendida () Flácida
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruídos hidroacústicos: () Presente () Ausente
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen () Anúria () Oligúria () Distostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____
() Normocrápida () Ictérica () Amictérica () Risco de Lesão: Sinalizado: _____
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório inadequado	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de Inanização
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos eficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0
Sim 15	Superestima capacidade/Esquece limitação 15
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 0	Sinalização do Risco:
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação feita
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	
Muleta/Bengala/Andador 15	
Mobiliário Parede 30	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0	
Fraça 10	
Comprometida/Cambaleante 20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

404-SM

Alegria e Lindemir

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1800

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 M
2	AVP				12 M
3	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6H				12 M
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 M
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N				12 M
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12 M
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12 M
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				12 M
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12 M
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAID > 110 MMHG				12 M
11	CURATIVO DIÁRIO				12 M
12	SSVV + CCGG 6/6H				12 M
13					12 M
14					12 M
15					12 M
16					12 M
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RI OU AR (5%) CONFORME ESQUEMA: 700-250, 2UI; 251-300, 4UI; 301-350, 6UI; 351-400, 8UI; ≥ 400, 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AIT BRL, TUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALIZADO POR: DR. AUGUSTO CAVALCANTI

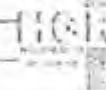
SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTI CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x76	102	=	36	
18 H	130x87	98	=	37	
24 H	112x76	87	=	37	

A 18L Legenda: promotor de Saúde Comunidade Plantonista,
análise pelo Dr. Francisco JúniorEnfermeira
COREN/RR - 18771



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



Hospital Geral de Itaboraí		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO			DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404	DATA	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				08:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H *F21/100 100MG				08:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				08:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				08:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				08:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				08:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				08:00
11	CURATIVO DIÁRIO				08:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				08:00
13					
14					
15					
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFE BRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

SSVV 06H
PA 270/170
SC 80
T 36,2

REALIZ

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	116 x 75	88	22	36,2°C	
17 18H	120/68	89	19	36,4°C	
24 H	120/70	80	15	36,3	



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

Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____				DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____					
Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula-aerossol ☐ Gotícula-perdígotos					
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (s): _____ Sexo: ☐ F ☐ M					
Paciente indígena: ☐ Não ☐ Sim		Necessidade de intérprete? ☐ Sim ☐ Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Ode: _____					
Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida					
SISTEMA NEURÓLOGO					
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não agitado ☐ Alterações:					
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
☐ Fotorreagentes ☐ Mioticas ☐ Midriáticas			☐ Afeitas ☐ Hipotermia		
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não prontas			☐ Alterações:		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ LAR ambiental ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração					
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico			☐ Normotensão ☐ Distendida ☐ Globoso		
☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico			Ruidos hidroacústicos: ☐ Presente ☐ Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			Alterações:		
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Fria ☐ Ureter			☐ VO ☐ SNG/DO ☐ SNE/DO ☐ GTT		
☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Catostomia			Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial		
☐ Irrigação contínua ☐ Outras: _____			Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			ALTERAÇÕES		
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada			☐ Presente ☐ Ausente		
☐ Normocorada ☐ Ictérica ☐ Amarelada			☐ Escoriação ☐ Ferida		
Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____			Fórmula do Bão Sominde:		
CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Data: _____		Trocar em: ____/____/____	
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Data: _____		Trocar em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no site da punção: ☐ Sim ☐ Não					
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
☐ Deglutição Prejudicada		☐ Padrão respiratório melhora		☐ Risco de Lesão por Pressão	
☐ Risco de infecção		☐ Ventilação assistida adequada		☐ Risco de Quedas	
☐ Risco de nutrição desequilibrada		☐ Mobilidade física prejudicada		☐ Risco de Broncoaspiração	
☐ Risco de constipação		☐ Risco de integridade da pele prejudicada		☐ Eliminação urinária proporcional	
☐ Risco de desequilíbrio no volume		☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		☐ Comunicação deficiente	
☐ Volume de líquidos excessivo		☐ Padrão de sono prejudicado			
☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Déficit no autocuidado para higiene			
Escala de Morse			Prescrição de Cuidado Prev Quedas		
1. Histórico de Queda			5. Estado Mental		
Não 0			Orientado/Atento/conhece as limitações 15		
Sim 15			Superfome e confuso/difícil orientar 15		
2. Diagnóstico Secundário			TOTAL:		
Não 0			Risco Baixo 0 - 24		
Sim 15			Risco Médio 25 - 44		
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			Risco Alto: Maior que 45		
Não 0			Eliminação do risco		
Sim 20			☐ Risco sinalizado no quadro da posto/enfermaria		
4. Auxílio na Deambulação			☐ Risco registrado na placa de identificação do leito		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			Registro Geral:		
Muleta/Bengala/Andador 15			_____		
Mobilidade Parcial 10			_____		
5. Marcha/Deambulação			_____		
Normal/Semi deambulação/Acamado 0			_____		
Frac 10			_____		
Comprometida/Cambaleante 20			_____		

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		IAS		DM2	
IDADE		LEITO	254	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				10:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				5:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				5:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODL 6/6H SN				5:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				5:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5:00
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				5:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				5:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDI

REALIZADO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	6m
6 H	120x70	70	18	36,1
12 H	122x74	90	20	36,4
17-18 H	140/80	88	22	36,2
24 H	120x70	70	18	36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTI
 CRM-1864 RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: ____

Leito: ____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdrogots

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Afebril () Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspição

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotensão () Distendida () Globoso

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVO () Fria/du () Uropen

() Anúria () Oligúria () Entostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() LVD () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____ Risco de Lesão: Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório inadequado () Risco de Lesão por Pressão

() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas

() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração

() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada

() Risco de desequilíbrio da temperatura corporal () Risco de constipação

() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente

() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para higiene: _____

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda

Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações

Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não 0 Risco Baixo: 0 - 24

Sim 15 Risco Médio: 25 - 44

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0 Risco Alto: Maior que 45

Sim 20 Sinalização do Risco

4. Auxílio na Deambulação

Nenhuma/Acamado/Auxiliado 0 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

Muleta/Bengala/Andador 15 () Risco registrado na placa de identificação do

Mobiliário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

Registro Geral:

Enfermeiro Assistente em Enfermagem: _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-S	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	AVP				24h
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				12/24h
13					
14					
15					
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
	CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI				
	351-400 8UI > 400 10 UI OU GLICOSE > 700 MG GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTI CRM 1864 RESIDENTE EM ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	72	20	
18 H	134/86	84	20	
24 H	113/80	84	20	

06 10/15 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24)

As 17h pac. transferido para o HC
Adm. 10/15
Téc. Roraima

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

José de Almeida Pereira

Leito:

01/2012

Data:

12/12/2012

Localização	Região	Região
Localização	Região Gran: () I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () DM () Vascular DM () Cirurgia () DM () Vascular DM () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia DM () Outros:	Região Gran: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () DM () Vascular DM () Cirurgia () DM () Vascular DM () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia DM () Outros:
Etiologia () Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:
Aparência do Leito () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:
Pele Perilesional () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:
Tipo de Exsudato () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outros:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outros:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outros:
Quantidade de Exsudato () Molhado () Úmido () Seco () Outros:	() Molhado () Úmido () Seco () Outros:	() Molhado () Úmido () Seco () Outros:
Solução de Limpeza () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outros:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outros:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outros:
Cobertura primária () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:
Troca () 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento: Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR	Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR	Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR Assessoria de Enfermagem - Núcleo de Tratamento de Feridas - HGR
Observações:		



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

Data: ____/____/20__ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aerossol () Gotícula-perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Responde () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mioticas () Midríicas () Aférril () Febril () Hipertônico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocrada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Risco de Lesão Similada: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão

() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas

() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração

() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada

() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio da temperatura corporal () Risco de constipação

() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente

() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não 0 Estado Mental

Sim 25 Orientado/limitado/conhece as limitações

2. Diagnóstico Secundário

Não 0 TOTAL:

Sim 15 Risco Baixo: 0 - 24

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0 Risco Médio: 25 - 44

Sim 20 Risco Alto: Maior que 45

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Sinalização do Risco:

Muleta/Bengala/Andador 15 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

Mobiliário Parede 30 () Risco registrado na placa de identificação leito

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	101-2	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				21h
2	AVP				10h
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				11h30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML LV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				1h
12	SSVV + CCGG 6/6H				20h
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PULMÔNICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALI

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	83	19	36,0	
24 H	121x75	83	19	36,0	

06/131x74 62 19 36,0

24/01/2020, administração medicação: 10h, 11h30, 20h, 21h
 19: 50 ml soro + 100ml de soro + 100ml de soro + 100ml de soro
 100ml de soro + 100ml de soro + 100ml de soro + 100ml de soro
 100ml de soro + 100ml de soro + 100ml de soro + 100ml de soro

404-5

GOVERNO DO PARANÁ
Hospital Geral de Curitiba

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		104-E		DATA 25/01/2020	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3							
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13							
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)					
		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI					
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML GLICOSE					
		50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/ TARDE.

REATI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/93	89	26.3c	
18 H	136/77	93	36°C	
24 H	120/78	94	36.7°C	

06:00 T 36.5 F 5 130/79

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jefferson Rance Faria

Leito:

444-5

Data: 25/01/12

Localização	Região: <u>MTD</u>	Região: <u>MTD</u>
Etiologia	Grau: I () II (x)	Grau: I () II (x)
Aparência do Leito	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Pele Perilesional	(x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco	() Molhado (x) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata</u>	<u>Renata</u>
Observações:		

Ass: Daniele Silva (48h)
Téc: Ana Carolina
Cód: 000000 12/01/2012

Ass: Renata
Téc: Renata
Cód: 000000 12/01/2012

AL 4-5

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA							
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO							
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		404-5		DATA 26/01/2020	
ITEM							HORÁRIO
1. DIETA ORAL LIVRE							SN
2. AVP							aut
3.							
4. TETRACICLINA 400MG IV DE 12/12H							
5. HIPURON 1G IV OU 500MG VO DE 6/6H SN							SN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA							
7. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N							
8. IRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN							
9. CIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							
10. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11. CURATIVO DIÁRIO							M
12. SSVV + CCGG 6/6H							Rötuna
13.							
14.							
15.							
16.							
SE DIABÉTICO (CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONDIÇÃO EQUILÍBRIO 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, 401-450 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% OU ML T.V + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA

INTERVISTA: PACIENTE DESTACADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÃO ATIVA, SINAIS FÍSICOS VARIADOS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 EXAME FÍSICO: REG. TOT. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PULNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TIAZOL EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/2020.

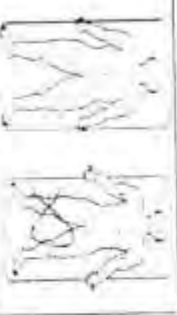
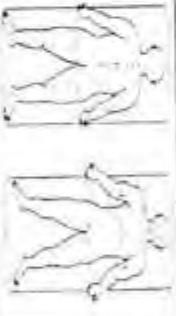
22h - novo AVP com boa infusão MSD 5-20.
 Aceita bem o tratamento, sem queixas, Relatado
 medicações epm

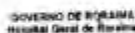
SINAIS	Pa	Fo	FR	
6h				
12h	131/78	92	19	36°C
18h	105/81	106	-	37,3°C
24h	113/89	91	22	36°C

6h afim de funcionamento
 As 8.30 trocado gesso venoso e adminis-
 trado medicação epm Verificado SSVV
 Têc. Rosário

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: <u>CELENE ALVES</u> Leito: <u>1011-5</u>	Data: <u>25/01/2020</u>		

Localização		Região: <u>MLE</u> Grau: I (☒) II (☒)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:		☐ LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Pútrido () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco ☐ Outro:		☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Pútrido () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco ☐ Outro:	
Pele Perifereira				
Tipo de Exsudato				
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado () Úmido () Seco		☐ Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: <u>LEV-2</u>		☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	
Cobertura primária				
Troca	☐ 12/12 () Diário () 48/48h		☐ 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Deanna</u> <u>Jaqueline Brito Louredo</u> <u>GOVERNADOR</u> <u>HELENA S. PEREIRA</u> <u>COORDENADORA</u>			
Observações:				



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



EVOLUÇÃO MÉDICA:

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

RESULTS

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	112/60	84	-	33.4
18 H	110/70	81		36.0
24 H	112/75	82		36.0

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

27/01/2004 administração medicinal - especifico -
 02 de 13 -
 06 h 15 100/62
 P 103
 T 36,5
 Período de administração -
 início -
 fim -
 Medicação Prescrita do Sítio
 Assinatura de Enfermagem
 em 02/02/04

Mestrando Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
02.151.009 AE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

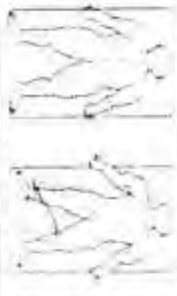
J. FERREIRA MENEZES

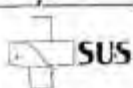
Leito:

101-5

Data:

27/01/2020

Localização		Região: <u>MEMBRO SUP. D.</u> Grau: I () II ()		Região: <u>MEMBRO SUP. D.</u> Grau: I () II ()
Etiologia	() LP I II III IV * () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:		() LP I II III IV * () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Umido () Seco		() Molhado () Umido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>WILLIAM</u>	<u>Enfermeira do N. Sise</u> <u>BRUNO S. PEREIRA</u> Coordenador 818.356		
Observações:				



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - CID

11 - FOLIO

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (PRESTANTE)

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO DELÍTO

40 - CNPJ

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CUBH

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CNPQ EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

28/11/20

0408050578 → 5826
0408050543 → 5823



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

28/01/02

O.S.

fechamento de ferimento
na cabeça

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em sala de cirurgia.
- (2) Anestesia + fentanil + morfina de 10mg.
- (3) Incisão longitudinal na cabeça.
- (4) Hemostase + fentanil 4mg + morfina 10mg.
- (5) Incisão de 1cm na cabeça, fentanil + morfina.
- (6) Incisão de 1cm na cabeça, fentanil + morfina.
- (7) Hemostase + fentanil + morfina.

Dr. João Carlos
Traumato - Ortopedia
CRM-PR 199Cirurgião
Dr. João C.
Dr. João C.

Dr. João C.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24^o

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira Fonseca		404-5	2001207666	28-10-2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossintese de Fíbula Tibial "D"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:20	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Vitor		Dr. Helder			
		RES. ANESTESIA:			
		RES. Daniel			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Res. Marcelo Marques					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Res. Marco Brunner		Lívanda e Hilma			
Res. Pedro					
TIPO DE ANESTESIA: Raquí		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
8	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CTRA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GLOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	HTA CARDIACA cateter O2	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Louiciano e Rebeca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Jefferson Pereira Fonseca		IDADE: 24	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 2001207666	Data 28/01/2020
Bloco: D	Enfermaria: 404	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Diante e Hilmo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: cx de pequenas fragmentos cx de pequena cirurgia					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
	PLACA TITANIO DE COMA 8 Furos	01		
	PANFUSO CORTICAL N 12	02		
	PANFUSO CORTICAL N 14	02		
	PANFUSO ESPIRTO N: 18	02		
	PANFUSO CORTICAL N 32	01		
	PLACA PIVOT TITANIO 5 Furos	01		
	PANFUSO AUTOMONTE N 14	01		
	PANFUSO AUTOMONTE N 34	01		
	PANFUSO AUTO MONTE N 36	01		
	PANFUSO AUTO MONTE N 40	02		
	PANFUSO AUTO MONTE N 30	03		
MÉDICO CIRURGIÃO: DR. VITOR MONTENEGRO		1º AUXILIAR: RES Marcelo Marques		
INSTRUMENTADOR:		RES Marco Brunner		
Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()		Marca:
		ATHENA () / MACON ()		

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____		
INSTRUMENTADOR: _____		

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA
ID: BL D 404-5
Sex: Male

H

HOSP. GERAL DE RORAIMA
MEMBROS INFERIORES
Study ID: 2001300734113486
Acq.: 30/01/2020
Acq.: 07:35:27.000000

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 10,64%
Window/Level: 256/128
Lossy comp.
DX (4240x3480)

Series Nb: 1
Laterality: B
TORNOZELO





SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

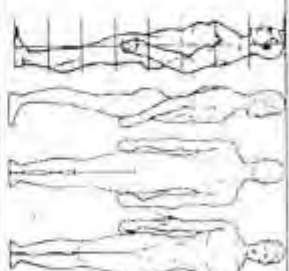
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Helena Maria da Silva

Data de Nasc: 12/04/1955 Idade: 63 Setor/Leito: 404

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 16/04/2019

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA								
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início de Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
1. Informações: Jéjun () Sim () Não Prétese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>Penicilina</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: <u>Penicilina</u>	<u>13:30</u>	<u>14:05</u>	<u>14:20</u>	<u>15:40</u>			Localização 	<u>0'</u>						
	Cirurgia Realizada	Anestesia		Posicionamento										
	Hidratação Infundida	Antibioticoterapia		Hemoderivados										
	SF 0,9%	Nome:		CH:										
	SG 5%:	Dose:		Plasma:										
	Outros:	Hora:		Plaquetas:										
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado														
3. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> °C R: <u>18</u> rpm FC: <u>70</u> bpm PA: <u>120/80</u> mmHg SAT: <u>98</u> % () Regular () Irregular														
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>2-5-6-7-8-9-10-11-12-13</u> <u>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</u>														
	Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguto PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° 12. SVD () Não () Sim N° 13. Outros: <u>Penicilina</u>													
	Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>36,5</u> °C R: <u>18</u> rpm PA: <u>120/80</u> mmHg SAT: <u>98</u> % () Regular () Irregular													
	Destino: () SRPA () UTI () Outros: <u>Penicilina</u>													
Entrada Hora: <u>13:30</u> Medi: <u>cação</u> CH: <u>CH</u> SNG/Volume: <u>100</u> Dreno/Qual: <u>100</u> Hora: <u>14:05</u> SVD/Aspecto: <u>100</u> Dreno/Qual: <u>100</u> Outros: <u>100</u>														
Saída Hora: <u>15:40</u> Medi: <u>cação</u> CH: <u>CH</u> SNG/Volume: <u>100</u> Dreno/Qual: <u>100</u> Hora: <u>16:00</u> SVD/Aspecto: <u>100</u> Dreno/Qual: <u>100</u> Outros: <u>100</u>														
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) <u>2-5-6-7-8-9-10-11-12-13</u> <u>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</u>														



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Wesley
Responsável: Indução

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplicar () Não se Aplica

ASA I

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☒ Sim Qual: Penicilina

VIA AEREA DIFÍCIL / RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☒ Sim e equipamento/sistema disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim e acesso adequado adquirido e planejamento para fluidos

Data: 10/05/2020

Assinatura: [Assinatura]

Hora: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Wesley

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELA NOSSA FUNÇÃO

☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(*) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Hasalgua preocupações específicas em relação ao paciente

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim.

Qual: Qual

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

☒ Sim

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

[Assinatura]

Assinatura e Carimbo

404-5

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Agostinho da Silva</i>					
AGNÓSTICO <i>BRANCO</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/01/12</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>3ND</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>2ND</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>8/8</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>8/8</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>8/8</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>8/8</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>8/8</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>8/8</i>
15	<i>Terapias 403 EV 1X/12H</i>				<i>8/8</i>
16	<i>benzodiazepina 2mg 2x 12/12H</i>				<i>8/8</i>
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	95/66	87	18	35,9
24 H	128/66	84	21	36,1°C

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00

Administrada medicação de
 horário conforme prescrição
 médica

*RS. Paciente internado em
 S.C. em PL de Tórax
 para acompanhamento de fratura
 de humerus proximal.*

404-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H 5N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H 5N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REATI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

025- Paula
C.C.



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	20/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H 5N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	<i>T. 1000mg EV 12/12h</i>				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUMI GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	130/65	96	19	35,6°
17 H	105/71	102	19	36,0°
24 H	122x80	96	18	36,5°

DR. AUGUSTO CAVALLANTI
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 135x80 mm - 35,5°

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	30/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	ALTA HOSPITALAR				
14					
15					
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ;				
	351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE. FO EM BOM ASPECTO, SEM QUIXAS, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, RECEBE ALTA COM ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA.

RECEBI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Severino Brasil da Silva 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11.11.12, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de 2ª falange - 2º dedo

NO DIA 28.11.12 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de 2ª falange - 2º dedo SENDO
OPERADO PELO DR. Luís Felipe E DR. J. B. M. M. M.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10.12.12 AS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10.12.12 AS 10:00, COM O
DR. Luís Felipe

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Luís Felipe

BOA VISTA, 11.11.12

MÉDICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura de
tibia distal @

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de tibia

13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

fratura de tibia + fratura de fêmur

14 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - CLÍNICA

17 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

18 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

19 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

21 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

22 - CNPJ DA SEGURADORA

23 - CNPJ DA EMPRESA

24 - CNPJ DA EMPRESA

25 - CNPJ DA EMPRESA

26 - CNPJ DA EMPRESA

27 - CNPJ DA EMPRESA

28 - CNPJ DA EMPRESA

29 - CNPJ DA EMPRESA

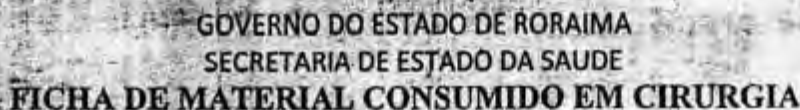
30 - CNPJ DA EMPRESA

31 - CNPJ DA EMPRESA

32 - CNPJ DA EMPRESA

33 - CNPJ DA EMPRESA

34 - CNPJ DA EMPRESA



NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Luvira da Silva			2001207666	10/10/120	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOTOMIA DE FURTO DE TORNOZELHO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		D. FERNANDES	
D. Marcos Bruno		RES. ANESTESIA:		D. DANIEL	
D. AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
D. Marcos Aguiar		CIRCULANTE		EVA / BAYM, Ovando	
D. AUXILIAR		TEMPO DE DURAÇÃO:		Hilma	
TIPO DE ANESTESIA:		Rafael			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PQTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15-24		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	Atadura de crepom
1	SERINGA 01ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 03ML		1	FITA CARDIACA gelcoo nº 18	
1	SERINGA 05 ML		1	OUTROS: Equipamento	
1	SERINGA 10ML		1		
1	SERINGA 20ML		1		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		SUB-TOTAL			
NCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



L10K1-51

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	13/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				SW
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SW
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SW
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				M
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				M
14					M
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

[Assinatura]
Dr. Jesus A. Lopez Ag
CRM-RR 568

REAII

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	110 x 70	FC 75	FR 14	36°C	
12 H	122 x 72	79	19	36,6°C	
18 H	138 x 84	89	-	36,6°C	
24 H	114 x 70	88	14	36°C	

7as 13h fez adm
medicação de
horário + SSVV

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000.411.634

13:00 a 19:00

Realizada medicação
de acordo com presc
coo midicg

08/01/20

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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual (is): _____

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas

() Midríatica

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Isocóricas () Anisocóricas

() Não reagentes

() Afebril () Febril () Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico

() Taquipneico

() Dispneico

() Ar ambiente

() Traqueostomia

() Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico

() Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme

() Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____

Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido

() Globoso

() Ruidos Hidroaéreos: () Presente

() Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda

() Uropen

() Anúria () Oligúria

() Cistostomia

() Irrigação contínua: () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG

() SNE/SOE

() GTT

Aceitação da dieta: () Sim

() Não

() Parcial

Evacuações: () Presente

() Ausente

() Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada

() Ressecada

() Normocorada () Ictérica

() Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Risco de infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

() Risco de constipação

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações

Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro de posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

REGULAÇÃO ABDOMINAL

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações:

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Edema Local:

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____/____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Foz

Data: 10/01/2021

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx expul T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Fixação externa e T12 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Vitor Parant

2º AUXILIAR:

Mauricio A. R.

1º AUXILIAR:

Marcos R.

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS:

ANESTESIA:

INÍCIO:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pot DSH + anest

2- Limpe + lavagem + co. p. st

3- LMC extra e T12 (D), + sutura, fixação
externa + controle radiológico + curativo

4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 18915



BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Foz

Data: 10/01/2017

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exat T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador exte e T12 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Parant

1º AUXILIAR: Marc R R3

2º AUXILIAR: Marcos A R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- PA DSH + anest

2- Lmc + lntay + lcp st

3- LMC exat e T12 (D), + sistema, fixador exte + controle radiológico + count

4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1904



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira da Silva		GI	2001207666	10/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Cortes de fratura de tornozelo		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:40		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		D. FERNANDES	
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		D. DANIEL	
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		EUA / BAHIA, Dvonde	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Rápid		Hilario			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		20	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
	Escalor				
	Botão de controle				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Ruben		SUB-TOTAL	
INCRONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		EUA / Bahia		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATENDÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Jefferson Pereira da Fonseca Data de Nascimento: 12/04/95 Idade: 24 Setor/Leito:
Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 10/01/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta: <u>pro. Colecistomia laparoscópica</u>	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Localização	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDRETE	DOR
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>uniga</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: <u> </u>	12:10	12:21	13:00	13:40		<u>Raque</u>		0'						
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado	Cirurgia Realizada: <u>pro. Colecistomia laparoscópica</u>				Anestesia: <u>Raque</u>				Posicionamento: <u>Dorsal</u>					
3. Sinais Vitais: T: <u> </u> °C R: <u> </u> rpm FC: <u>101</u> bpm PA: <u>130/70</u> mmHg SAT: <u>97</u> % () Regular () Irregular	Hidratação Infundida: <u>SF 0,9% 1500ml</u>				Antibiótico: <u>Cefazolin</u>				Hemoderivados: <u>CH: <u> </u> Plasma: <u> </u> Plaquetas: <u> </u></u>					
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admitido em sala de cirurgia</u> <u>pro. Colecistomia laparoscópica</u> <u>com suporte físico</u> <u>pro. Colecistomia laparoscópica</u> <u>com suporte físico</u> <u>com suporte físico</u>	Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: <u> </u>				Análise Patológica: () Não () Sim () Pequena () Cultura () Outros: <u> </u>				Observações: <u> </u>					
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)														
Entrada														
Horário	Medicação	CI	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Auspecto	Dreno/Qual	Outros						
Saída														
Anotações de Enfermagem (Evolução/Alta do Paciente)														
<u>14:00h Admissão na sala de cirurgia</u> <u>com suporte físico</u> <u>pro. Colecistomia laparoscópica</u> <u>com suporte físico</u> <u>com suporte físico</u>														

Sinais Vitais: Saída da SO
T: °C R: rpm FC: 120 bpm
PA: mmHg SAT: %
() Regular () Irregular

Destino: () SRPA () UTI () outros:

Assinatura:
Nome:
Cargo:

Assinatura:
Nome:
Cargo:



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Jefferson Pereira da Fonseca
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

POXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA *

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 10/01/2010 Assinatura R3 Bonaldi da Silva Hora 12:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Fabiano da Rocha

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

B) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☐ Não se aplica

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



404-5 OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	12/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5-0
2	AVP				montar
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 18 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

RECEBI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CARVALHANTO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	86	20	36,5	
18 H	120x70	83	20	36,3	
24 H	124x73	92	-	37,6	

us 23:25 feito AUP glicose 20 mg SE.

06h 120x73

FC=82

A=36C

troca

Dalene Veloso Ferreira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000851077

Dados dos materiais/Serviço

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Faz o Bem do Brasil"

404-5 Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Pereira da Fonseca

Id: 2408

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
ME 3,0mg FU 12:05 h FNT 50 mg SATISFATORIO EF IC		10-01-20
12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45		
AGENTES	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
LÍQUIDOS VENOSOS	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
DA	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
X	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
ULSO	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
ANES	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
X	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
OP	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
O	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
TEMP	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
ASPIR	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
A	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
RESP	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
O	12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45	
SÍMBOLOS		
A B A E O A		
AGENTES	DOSES	TECNICA
A BUNIVALENTE 0,5'	12,5ml	REQUINQUENIDA LOMBA HÍPER
B		BARCA SIMPLIS VIA IN
C		DIÁRIA NEUTROFILA ESPONDA
D		NON
E		
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cárcula - Naso / Oro Faríngea
NOCO		Naso / Orofaríngea - Cefal
SANGUE		Baf - Temp - Calore do Túb
5 FU 1,4% 2500	ml	Sol Molecula
TOTAL	2500	TEMPO DE ANESTESIA
		13:45
OPERAÇÃO		ANOTAÇÕES
RTO anestesias de Extrema de Tolerancia		X BAKA ANTES DO DEVE LOMBA C/
		ALCOOL E CAMPO FORTIFICADO
		- INFLAMACAO PLACAS SUPERFICIAIS
		- INFLAMACAO 2' (40mg)
		- PUNTA ESTILO SUBCUTANEO L3-L4
		ALCOOL 2 G S.
		- INJECAO BUNIVALENTE 0,5' (12,5 ml)
		① GABAPENTINA 1g IV
		② P/SAL
ANESTESIA		PERDA SANGUINEA
Dr. F. F. F. / Dr. M. M. M. / Dr. P. P. P.		COMPATIBILIZ
Dr. M. M. M.		

404-5

404.5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE: <i>Silverson Pereira da Rosa</i>				
DIAGNÓSTICO: <i>Ex Externa Fratura</i>				
ALERGIAS:	HAS	DM2		
IDADE:	LEITO	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N			S/N
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5			S/N
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			9h
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N			
10	<i>Clonazepam 600g EV ou VO 6/6h</i>			<i>18:30h - 12:00h</i>
11	<i>Apaploraxina 100g EV ou VO 6/6h</i>			<i>12:00h - 18:30h</i>
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
20	SSV + CCGG 6/6 H			
21	CURATIVO DIÁRIO			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250, 2UI, 251-300, 4UI, 301-350, 6UI, 351-400, 8UI, ≥ 400, 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO: # CONDUTA: ! PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS <i>120x80</i> <i>89</i> <i>20</i> <i>36</i> 6-H PA FC FR <i>9</i> 12 H 18 H <i>134/80</i> <i>119</i> <i>20</i> <i>36,2°</i> 24 H <i>120x60</i> <i>113</i> <i>20</i> <i>37,3°</i>				

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs. Paciente admitido às 14:40 procedente do e.e.
em POS de Osteossíntese de fratura de TNZ.

Administrado medicação das 18hs
Verificado SSV. Tei Rosari
Cone 1584.31

Franciele Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

404-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO				DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO						
ALERGIAS			HAS		DM2		
IDADE			LEITO	404-5	DATA	11/01/2020	
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SN
2	AVP						SN
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						12 18 24 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H						08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H						12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						} SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						M
12	SSVV + CCGG 6/6H						Rotina
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H						12 24
14							
15							
16							
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	124/75	87	—	36,3°C	
18 H	137/83	126	—	36,1°C	
24 H	120/68	100	—	37,6°C	

07 as 19 > administrado medicação aferido sinais vitais.
11/01/2020
06h PA = 110x85 P=91 T°=36°C





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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Apático () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotensão () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outras:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações:

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: () Sim () Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	() Manter grades laterais elevadas
Sim 15	Superestima capacidade/Esquece limitação 15	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Auxiliar o paciente na higiene
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44	() Manter cama com rodas travadas
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Necessidade de contenção ao leito
Não 0	Sinalização do Risco:	() Manter vigilância de ____ horas
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Calçado seguro nos pés
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	Registro Geral:	
Muleta/Bengala/Andador 15		
Mobiliário Parede 30		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Fraca 10		
Comprometida/Cambaleante 20		

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mioticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada
() Risco de infecção
() Risco de nutrição desequilibrada
() Risco de constipação
() Risco de desequilíbrio do volume
() Volume de líquidos excessivo
() Volume de líquidos deficiente() Padrão respiratório ineficaz
() Ventilação espontânea prejudicada
() Mobilidade física prejudicada
() Risco de integridade da pele prejudicada
() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
() Padrão de sono prejudicado
() Déficit no autocuidado para Higiene() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Quedas
() Risco de Broncoaspiração
() Eliminação urinária prejudicada
() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas.
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão
()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

T Jefferson Pereira Fomela

Leito:

484-5

Data: *12/01/2020*

Localização	 	Região: <u>MID</u>	 	Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> () Outro: _____	Grau: I () II (<u>X</u>)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<u>X</u>) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (<u>X</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<u>X</u>) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento (<u>X</u>) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado (<u>X</u>) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (<u>X</u>) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (<u>X</u>) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase (<u>X</u>) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase (<u>X</u>) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<u>X</u>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Franclene de Almeida</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>Coordenadora de Enfermagem</i>	<i>Rozângela Magalhães</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>Coordenadora de Enfermagem</i>	<i>Rozângela Magalhães</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>Coordenadora de Enfermagem</i>	<i>Rozângela Magalhães</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>Coordenadora de Enfermagem</i>
Observações:	_____	_____	_____	_____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

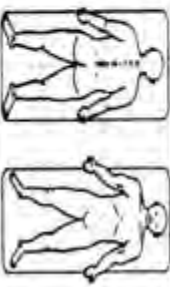
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Sederson Ferreira Fonseca

Leito: 404-3

Data: 13/01/2020

Localização		Região: <u>mib</u>		Região: <u>mib</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u>deiscência</u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u>deiscência</u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() 12/12 () 48/48h	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>AGE</u>	() 12/12 () 48/48h
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 7954/E	Freda Maria Rodrigues Técnica em Enfermagem COREN-PA 413272-AE	Silvia Maria de Souza Técnica em Enfermagem COREN-PA 413272-AE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 7954/E
Observações:				



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: ☐ Sim ☐ NãoQual(is): ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotosAlergia: ☐ Sim ☐ NãoSexo: ☐ F ☐ MPaciente Indígena: ☐ Não ☐ SimNecessidade de intérprete? ☐ Sim ☐ Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não

Obs: _____

Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida☐ Consciente ☐ Orientado☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:

PUPILAS

☐ Fotorreagente ☐ Mioticas☐ Midríaticas☐ Afebril

REGULAÇÃO TÉRMICA

☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas☐ Não reagentes☐ Alterações:☐ Febril ☐ Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Eupnéico ☐ Bradipnéico☐ Taquipnéico☐ Dispneico☐ Ar ambiente☐ Traqueostomia

Aspiração

Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico☐ Taquicárdico☐ Normotenso☐ Distendido☐ Globoso☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme☐ Arritmico☐ Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente☐ Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____

Pulso: _____

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☐ Espontânea ☐ SVD☐ Fria☐ Uropen☐ VO ☐ SNG/SOG☐ SNE/SOE☐ GTT☐ Anúria ☐ Oligúria☐ CistostomiaAcaltação da dieta: ☐ Sim☐ Não☐ Parcial☐ Colostomia☐ Irrigação contínua ☐ Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

☐ Hidratada ☐ Desidratada☐ Ressecada

Alterações: _____

☐ Normocorada ☐ Ictérica☐ AnictéricaFlatos: ☐ Presente☐ AusenteLesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não

Região: _____

☐ Edema Local

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Dreno de: _____

Curativos: ☐ Sim ☐ Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição Prejudicada☐ Padrão respiratório ineficaz☐ Risco de Lesão por Pressão☐ Risco de infecção☐ Ventilação espontânea prejudicada☐ Risco de Quedas☐ Risco de nutrição desequilibrada☐ Mobilidade física prejudicada☐ Risco de Broncoaspiração☐ Risco de glicemia instável☐ Risco de integridade da pele prejudicada☐ Eliminação urinária prejudicada☐ Risco de desequilíbrio do volume☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal☐ Risco de constipação☐ Volume de líquidos excessivo☐ Padrão de sono prejudicado☐ Comunicação deficiente☐ Volume de líquidos deficiente☐ Déficit de autocuidado para higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

5. Estado Mental

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

Não

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

☐ Manter grades laterais elevadas

Sim

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário

TOTAL

☐ Auxiliar o paciente na higiene

Não

0 Risco Baixo 0-24

☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

Sim

15 Risco Médio 25-44

☐ Manter cama com rodas travadas

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Risco Alto: Maior que 45

☐ Necessidade de contenção ao leito

Não

0 Sinalização do Risco:

☐ Manter vigilância de ____ horas

Sim

20 ☐ Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem☐ Calçado seguro nos pés

4. Auxílio na Deambulação

☐ Risco registrado na placa de identificação leito☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão

Nenhum/Acamado/Auxiliado

0

Registro Geral:

Muleta/Bengala/Andador

13

Mobiliário Parede

30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

0

Fraca

10

Comprometida/Cambaleante

20

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	14/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				SW
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:00, 24:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:00, 20:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12:00, 24:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				08:00
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12:00, 24:00
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Carlos Augusto da Rocha
Médico
CRM-RR 1964

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CÁVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	141	-	36,1°C	
18 H	120x70	104	20	36,1°C	
24 H	120x80	106	-	36,1°C	



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão

() Contato

() Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual(is): _____

Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Pósul acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mioticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso () Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente () Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIRESE

() Espontânea () SVO () Fralda () Úropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outras: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Alterações:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

() Edema Local: _____ Risco de Lesão Sinalizador:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Audiar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio 25 - 44	() Necessidade de contenção no leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____/____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobilizador Paralelo		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

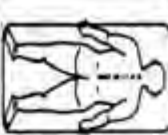
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Leito:

Jefferson Pereira

Data: *15/01/2020*

Localização	 	Região: <u>MTD</u> Grau: I () II (X) ³	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> <u>D</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>D</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Cobertura primária	() Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Thelene Moreira</i> Enfermeira COREN/R 453.554	<i>Juliana do N. Silva</i> Enfermeira COREN/R 453.554		
Observações:	<i>Cherise Ruyne Coutinho</i> Enfermeira COREN/R 487.034 - TE			

4104-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	16/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:40 8/10
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				edno
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	128x79	79	—	36,9	
18 H	140x80	107	—	36,5	
24 H	140x87	101	18	36,8°C	
06 H	128x83	89	18	36,9°C	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jefferson Pereira FONSECA

Data: 16/01/2020

Leito:

404-5

Localização	 	Região: <u>MI D</u> Grau: I () II (x) <u>2</u>	 	Região: <u>MI D</u> Grau: I () II (x) <u>2</u>
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: <u> </u>			
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u> ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>			
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>			
Tipo de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Quantidade de Exsudato	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Solução de Limpeza	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>			
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais <u>Renata Silva Rodrigues</u> <u>Adonildes Almeida Araújo</u> COBEN-RR 055 <u>Renata Silva Rodrigues</u> <u>Adonildes Almeida Araújo</u> COBEN-RR 055 <u>Renata Silva Rodrigues</u> <u>Adonildes Almeida Araújo</u>			
Observações:	<u> </u> <u> </u> <u> </u>			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

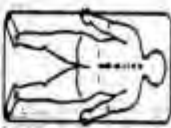
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Agerson Pereira Gomes

Leito: 404.3

Data: 17/01/2020

Localização	 	Região: <u>MSD</u> Grau: I () II (x)	 	Região: <u>MSD</u> Grau: I (x) II ()
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (x) Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal (x) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (x) Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido (x) Seco	
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% (x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		() 12/12 (x) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Aluizete M. R. de A.</i> Enfermeira CORDEIR 431527	<i>Guacilene</i>	<i>Are</i>	
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Renan da Faria CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	17/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				18:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				20h
13	AO HC				
14					
15					
16					
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

HEMAD 120/66 84 36,7					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1984
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	9	
12 H	140/87	92	-	36,7°C	
18 H	140/90	102	-	36,7°C	
24 H	134/67	97	-	37,1°C	



Keena
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Pereira de Faria CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

404-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		*HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	18/01/2020
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				SWD
2	AVP				SWD
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				manhã
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12h, 18h, 24h, 06h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				08h, 20h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06h
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				} SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				Enfermagem
13	AO HC				Rotina
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/75	88	19	36,1°C	
18 H	113/75	95	20	36,0°C	
24 H	108/69	93	—	36,3°C	

07h as 19h * Paciente sem queixas, administrado medicamentos Rot. Verificado SSVV, Aux. one com: 705252

Paciente orientado, administrado medicamentos horários segun as ordens de enfermagem

Marcos Paulo da Silva
Médico de Emergência
CRM-RR 1964

404.5



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	404-5	DATA	19/01/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Mantida
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 (10) (14) (16)
4	GIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X-AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO, SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				Retirado/curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retirado
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1- TARDE.

RECU II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	19	36.8
24 H	130/72	77	18	36.4

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Assistente
 19/01/2020

06/11 134/80 74 20 36.8
 Obs: Apresenta reação alérgica após item (03).
 Reação alérgica a clindamicina?
 Ray 349965.

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

Data: 19/01/2025

Enfermaria: 404

Leito: 03

Nome Completo: Jefferson Pereira Funes

DN: 1/1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não

Qual (is):

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Fotorreagente () Mioticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: Alterações:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

() Anúria () Oligúria () Cistostomia () Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

() Irrigação contínua () Outros: Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: () Presente () Ausente

() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Risco de Lesão Sinalizado:

Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: () Sim () Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Risco de infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

() Risco de glicemia instável

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Risco de constipação

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de / horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

404-S M

Alergia e Clindamicina

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1880GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	20/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 M
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 300MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				ob
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI 06/01/2020 115x74 P: 72 T: 36,3°C

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x76	102	-	36,3	
18 H	130x87	98	-	37,6	
24 H	115x76	87	-	37,2	

A 18L Apresenta melhora nos Costos Comuns e Pleurais, analisado pelo Dr. Francisco Júnior

Enfermeira
COREN/RR - 187277

* *Almeida* per. *supervisão* em *item 3*

2104-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFPERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	21/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H <i>*Referir alergia</i>				<i>12/18</i>
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				<i>20</i>
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				<i>20</i>
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<i>06</i>
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				<i>21/00</i>
8	TRAMAL 100MG + SFQ 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				<i>SN</i>
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				<i>SN</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
11	CURATIVO DIÁRIO				<i>SN</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>SN</i>
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMÓCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

*SSVV 06H
PA 770/70
FC 80
T 36,2*

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116 x 75	88	18	36,2°C
18 H	120/68	89	18	36,4°C
24 H	120/70	80	18	36,3°C

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: ____/____/20 Enfermaria: Leito:

Nome Completo: DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (s): Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: ____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: ____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: ____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: ____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações: ____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: ____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: ____ Pulso: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: ____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: ____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: ____

Alterações: ____
() Edema Local: ____

Risco de Lesão Sinalizado: ____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: ____ Data: ____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____

Curativos: () Sim () Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada
() Risco de infecção
() Risco de nutrição desequilibrada
() Risco de constipação
() Risco de desequilíbrio do volume
() Volume de líquidos excessivo
() Volume de líquidos deficiente() Padrão respiratório ineficaz
() Ventilação espontânea prejudicada
() Mobilidade física prejudicada
() Risco de integridade da pele prejudicada
() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
() Padrão de sono prejudicado
() Déficit no autocuidado para Higiene() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Quedas
() Risco de Broncoaspiração
() Eliminação urinária prejudicada
() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não 0
Sim 25

2. Diagnóstico Secundário

Não 0
Sim 15

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0
Sim 20

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0
Muleta/Bengala/Andador 15
Mobilidade Paralela 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Fraça 10
Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações 0
Superestima capacidade/Esquece limitação 15

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24
Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco: ____

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidados para Prevenção de Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão
()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: ____





GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO

DIH

10/01/2020

DN

PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

404-5

DATA

22/01/2020

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

HORARIO

2

AVP

3

CLINDAMICINA 600MG EV-OU VO DE 6/6H

4

CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6H

13

14

15

16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

T

12 H

122x74

90

20

36,4

17 H

140x80

88

19

36,2

24 H

120x70

70

18

36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Jefferson	Paciente: Penine Fonseca	Data: 22/01/2020		
Leito: 404.5					

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: <u>pe-Vento</u>
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12	☐ 12/12	☐ 12/12	☐ 12/12
Profissional que realizou procedimento:	Adonilda Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.47.438-TE	Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.47.438-TE	Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.47.438-TE	Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.47.438-TE
Observações:				



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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual Idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

() Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GIT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações:

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de glicemia instável | () Risco de integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Risco de constipação |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Móvel/Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

2404-5T



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				monte
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				17h30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08:30
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SA
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				M Jatro
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAII

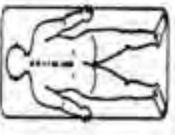
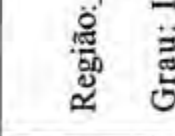
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	75	20	36,8°C
18 H	134/96	84	20	36,6°C
24 H	113/80	87	20	36,4°C
06	100/65	79	20	36,5°C

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

As 17h pac. refere dor
Administrado o item (5) qm
Téc. Rosário

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>JEFFERSON PEREIRA</u> Leito: <u>404-5</u>			
			Data: <u>23/01/2020</u>		

Localização	 	Região: <u>MID</u> Grau: I ☒ II ☒	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	COREN-RR 453.554 Lucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem	COREN-RR 453.554 Lucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem	COREN-RR 453.554 Lucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem	COREN-RR 453.554 Lucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem
Observações:				



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual(is): _____

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Interpretar? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febre () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso () Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

() Anúria () Oligúria () Cistostomia () Alterações: _____

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Comunicação deficiente

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente () Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

() Sim () Não

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Dreno de: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- () Deglutição Prejudicada
- () Risco de Infecção
- () Risco de nutrição desequilibrada
- () Risco de glicemia instável
- () Risco de desequilíbrio do volume
- () Volume de líquidos excessivo
- () Volume de líquidos deficiente

- () Padrão respiratório ineficaz
- () Ventilação espontânea prejudicada
- () Mobilidade física prejudicada
- () Risco de integridade da pele prejudicada
- () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
- () Padrão de sono prejudicado
- () Déficit no autocuidado para Higiene

- () Risco de Lesão por Pressão
- () Risco de Quedas
- () Risco de Broncoaspiração
- () Eliminação urinária prejudicada
- () Risco de constipação
- () Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	5. Estado Mental
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não	Sinalização do Risco:
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito
Nenhum/Acamado/Auxiliado	
Muleta/Bengala/Andador	
Mobiliário Parede	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICAHGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	24/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manh
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				11:30 SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSV + CCGG 6/6H				rotina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALIZADO

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	88	19	36,22	
24 H	121x79	63	18	36,0	

06/131x71 | 81 | 16 | 36,0

Giss - Colado exames
laboratoriais.24/01/2020, administradas medicações, aferidos sinais
vitalis, realizados coleta de ~~hemograma~~ ~~hemograma~~ ~~hemograma~~
leito ao laboratório



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

Data: ____/____/20 Enfermaria: Leito: Nome Completo: DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
Alterações: _____
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema Local: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocrada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Drenó de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de constipação	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	0 Orientado/limitado/conhece as limitações
Sim 25	25 Superestima capacidade/Esquece limitação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	0 Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	15 Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 0	Sinalização do Risco:
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	
Muleta/Bengala/Andador 15	
Mobiliário Parede 30	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0	
Fraca 10	
Comprometida/Cambaleante 20	

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas.
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão
()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

404-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	25/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SVD
2	AVP				manhã
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SVD
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/93	89	26,3°C	
18 H	136/73	98		36°C
24 H	120/78	94		36,7°C

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00 T 36.5 85 130/79

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

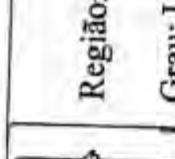
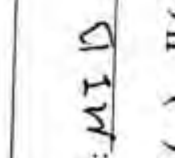
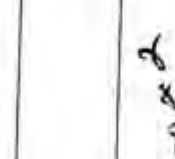
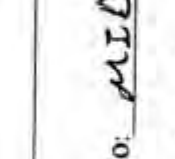
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jefferson Pereira Fonseca

Leito: 404-5

Data: 28/01/12

Localização			Região: <u>MID</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:		Região: <u>MID</u> Grau: I () II (<u>X</u>)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo <u>X</u> Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		
Pele Perilesional	<u>X</u> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento <u>X</u> Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<u>X</u>) Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	<u>X</u> Gaze () Colagenase/Fibrinase <u>X</u> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 <u>X</u> Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata</u>	<u>Vanessa da Silva Moura</u> Técnica Enfermeira COREN/RR 934.822	<u>Renata</u> Técnica Enfermeira COREN/RR 934.822
Observações:			

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

12/01/2020

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	26/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				infusão
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				26
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				M Rotina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS:

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/ TARDE.

22h - novo AVP com boa infusão MSD G=20.
Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado
medicações cfm

Dr. Ilderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/78	92	19	36°C
18 H	105/81	106	-	37,3°C
24 H	113/89	91	22	36,6°C

08h - paciente em funcionamento

As 8:30 Trocado gesso venoso e adminis-
trado medicação e Verificado SSVV
Tei Roraima

Maria do Rosário A. Vilela
Fisioterapeuta
COREN/RR 158.431-TE

Protocollo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: JEFFERSON PEREIRA

HGR

Leito: 404-5

Data: 26 / 01 / 2020

Localização	Região: <u>MID</u>	Região: _____
Etiologia	Grau: I ☒ II ☒ III ☐ IV ☐ * ☐ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☒ Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo ☒ Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento ☒ Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>Alc</u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Deodoro</u>	
Observações:		



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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico

Exame físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório Ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de Infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de constipação | () Risco de Integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____/____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	()
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

201-5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				mon
3					08:20
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				06:00
6	OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				06:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-AR 568

COPIA E FÉL...
que foi...
27/01/2020

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	111x60	94	-	
18 H	110x70	81		
24 H	112x75	112		

27/01/2020 administrados medicamentos aferido sinais vitais

06h PM 100/62 P 90.3 T 36.2

Paciente em repouso aderindo medicações prescritas.

Murilene Frezza
CRM-AR 175

Jefferson Pereira da Silva
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM-AR 05942

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

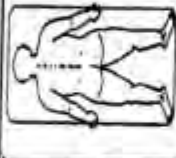
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: **JEFFERSON PEREIRA**

Leito: **404-5**

Data: **27/01/2020**

Localização		Região: MID		Região: _____
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I ☒ II ☒	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I ☐ II ☐
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	MÔNICA	Emiliana do N. Silva	Bruno S. Pereira	
Observações:				

404-5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN				
PACIENTE <i>Jefferson Pereira da Fonseca</i> AGNÓSTICO <i>ONCOSSINASE Fx INZ + Pilon</i> ALERGIAS <i>HAS NEGA DM2 NEGA</i> IDADE <i>28/01/20</i> LEITO <i>28/01/20</i>									
ITEM	PRESCRIÇÃO							HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE							SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							SND	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N							SND	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H							SND	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA							SND	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							SND	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4							SND	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							SND	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							SND	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <i>SND</i>							SND	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H							SND	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							SND	
13	SSVV + CCGG 6/6 H							SND	
14	CURATIVO DIÁRIO							SND	
15	<i>Levorotina 40 mg EV 1x/dia</i>							SND	
16	<i>Gentamicina 240 mg EV 1x/dia</i>							SND	
17									
18									
19									
20									
21									

Dr. *[Signature]*
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	95/61	87	18	35.9
24 H	128/66	84	21	36.1°C
06 H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Obs: Paciente retornou do
 e.c. em 80% de Tenon
 fixa curvatura de fratura
 de pilas tibial.*

06:00

Administrada medicação de
 horário conforme prescrição
 médica

[Signature]
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN		
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	28/01/2020	
ITEM					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
3						
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%-40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
 DIA 28/1/ TARDE.

Rafael P. Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RF 1733 RQE 678

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

OBS: Pauta no
 C.C.

Francisco Antonio...
 COPIA PARA 35422 - CNE

404-5

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		404-5		DATA	
ITEM							HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3							
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13							
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jequiseia Pereira da Fonseca, M, 24a

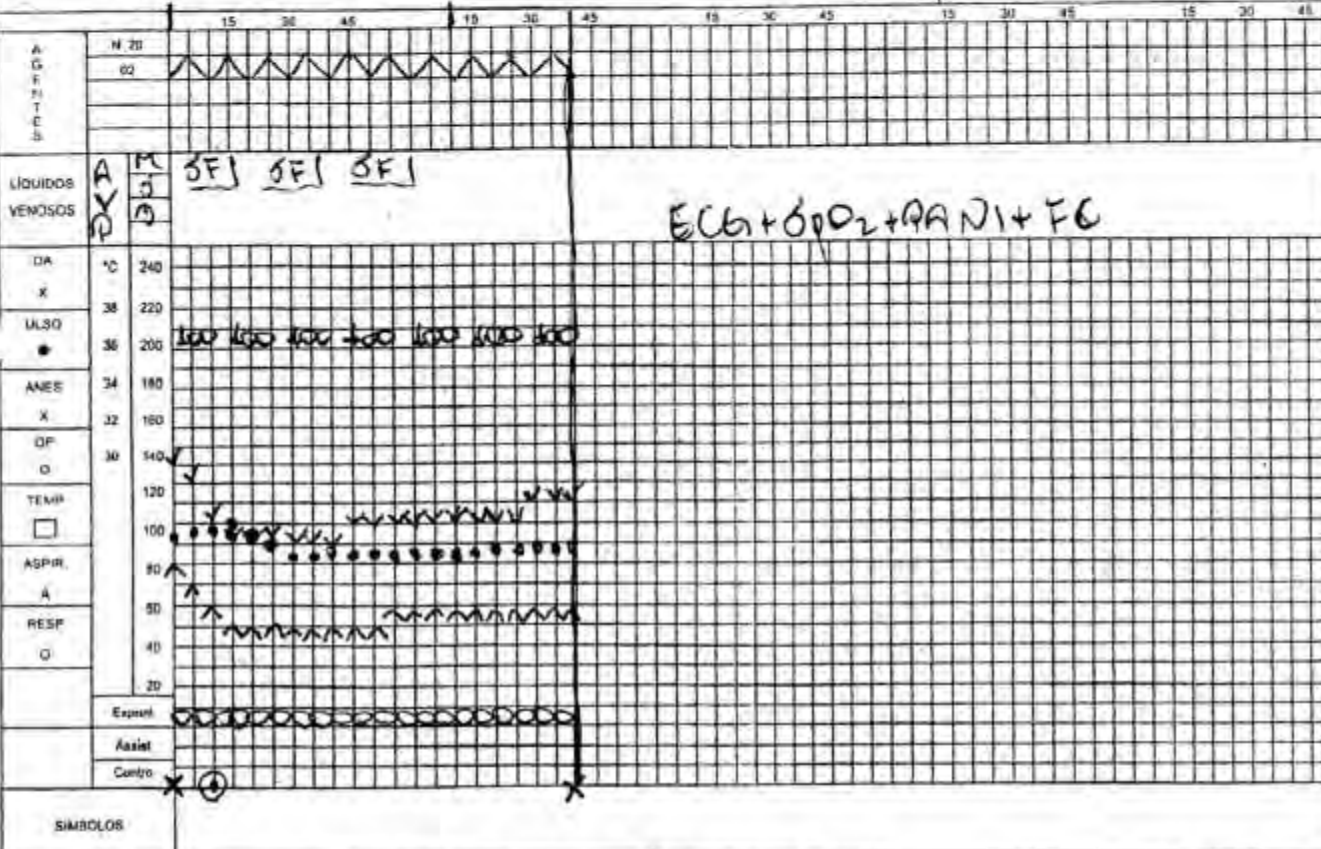
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

13:50

15:00

Nº

28 06 2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Ag. da cálcia hiper		hagui anestesia	X. Cheque + monitorização.
20 mg.		higibática + seda	1. Fentanil 50 µg IV
Mida Blau 5 mg		cão + ventilações.	2. Midazolam 2,5 mg IV
Fentanil 100 mg		plataforma	3. Sufentado
E			4. Anest. SA/LB-LH/anest. SA/LB
F			Quase che 26/LCH ⊕.
G			5. Ag. A, via SA.
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Orofaríngeo	6. DDA.
NOCC		Naso / Orotraqueal - Cópil	7. Etomidato 1 mg IV
SANGUE	5F 1500 ml	Bal - Tamp - Calibre do Tubo	8. Etomidato 100 mg IV
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de pilão tibial		Leitargo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	Dr. Helder	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
	Dr. Daniel	Dr. Victor M.	Calor 36.5
	Helder Bernardino	Dr. Bruno	3. Oximetria 10 mg IV
	MEDICO		
	CRM-RR 1712		

Helder

Nome: Edmon Pierre de Louce

Data de Nasc: 12/04/1985 Idade: 24

Setor/Leito: 404-S

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Date: 28 / 10 / 20

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

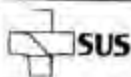
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

UK

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira Fonseca		404-5	2001207666	28 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Fíbula Tibial Dº		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:20	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Vitor	ANESTESISTA:	Dr. Helder		
1º AUXILIAR	Res. Marcelo Marques	RES. ANESTESIA:	Res. Daniel		
2º AUXILIAR	Res. Marco Brunner Res. Pedro	INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: Raque		CIRCULANTE	Ovande e Hilma		
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS.COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
8	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter O2	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rouiano e Rebeco	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAB DA EMPRESA

41 - CUOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

7801, 40

O.S.:

Jetherson Pereira
na perna

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx de torn + placa (D).

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tto cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

osteossíntese de torn + placa (D)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Bruno F. Brunner

2ª AUXILIAR:

Dr. Manoel

3ª AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

Dr. Manoel

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

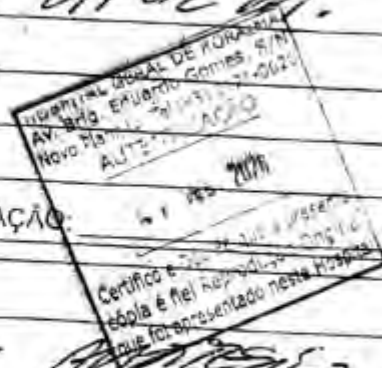
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DMH sob DMH.
- (2) Antissepsia + assépsia + lavagem de campo.
- (3) incisão lateral em torn (D).
- (4) redução + fixação de placa 1/3 com 6 parafusos.
- (5) incisão anterior ulnar, redução + fix. de placa modulares de placa.
- (6) lmc + revisão hemostática.
- (7) SUTURA + CURATIVO

Dr. João Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM 181.055Dr. Manoel
Dr. Manoel
Dr. ManoelDr. Marcos Brunner
Ortopedia - Traumatologia
CRM 181.735

ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Jefferson Pereira Fonseca</i>		IDADE: <i>24</i>	SEXO: F () M ☒	Nº do Prontuário <i>2001207666</i>	Data <i>28/01/2020</i>
Bloco: <i>D</i>	Enfermaria: <i>404</i>	Leito: <i>05</i>	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Dr. Vande e Hilmo</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Cx. de pequenas fragmentos</i> <i>Cx. de pequena cirurgia</i>					
Dados dos materiais/Serviço					

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	PLACA TERÇO DE CIMA 8 FURROS		01
	PANAFUSO CORTICAL N° 12		02
	PANAFUSO CORTICAL N° 14		02
	PANAFUSO ESPALMADO N° 18		02
	PANAFUSO CORTICAL N° 32		01
	PLACA PLYO TIBIAL BLOQUEADO 5 FURROS		01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 14		01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 34		01
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 36		01
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 40		02
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 30		03

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Reg. Marcelo Marcondes

INSTRUMENTADOR:		Res. Marco Brunner
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Res. Pedro
		Marca:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____
VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Nome: Helena Pereira da Silva
Responsável cirúrgico

Anestesiista: Helena Bernardino

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
- ☒ Sítio Cirúrgico
- ☒ Procedimento
- ☒ Consentimento

RISCO CIRÚRGICO
Aplica () Não se Aplica ASA I

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Citadine, iodo
Não ☒ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
- ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
- ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis e planejamento para fluidos

Assinatura

Data: 18/01/2020 Hora: 12:00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. B.H.G. Edgardo Gomes, S/N
Município de Boa Vista - RR

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRÚRGIO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
- () Sim, Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim
- () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
- () Sim () Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
- () Sim () Não () Não se Aplica

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

- () Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- () Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura

Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Pereira da Fonseca 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/01/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de TVE e plav. t. l. l. distal
NO DIA 28/01/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
desmonte de TVE e plav. t. l. l. distal SENDO
OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. Vitor Montenegro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/01/20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/02/20 ÀS 7 horas COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

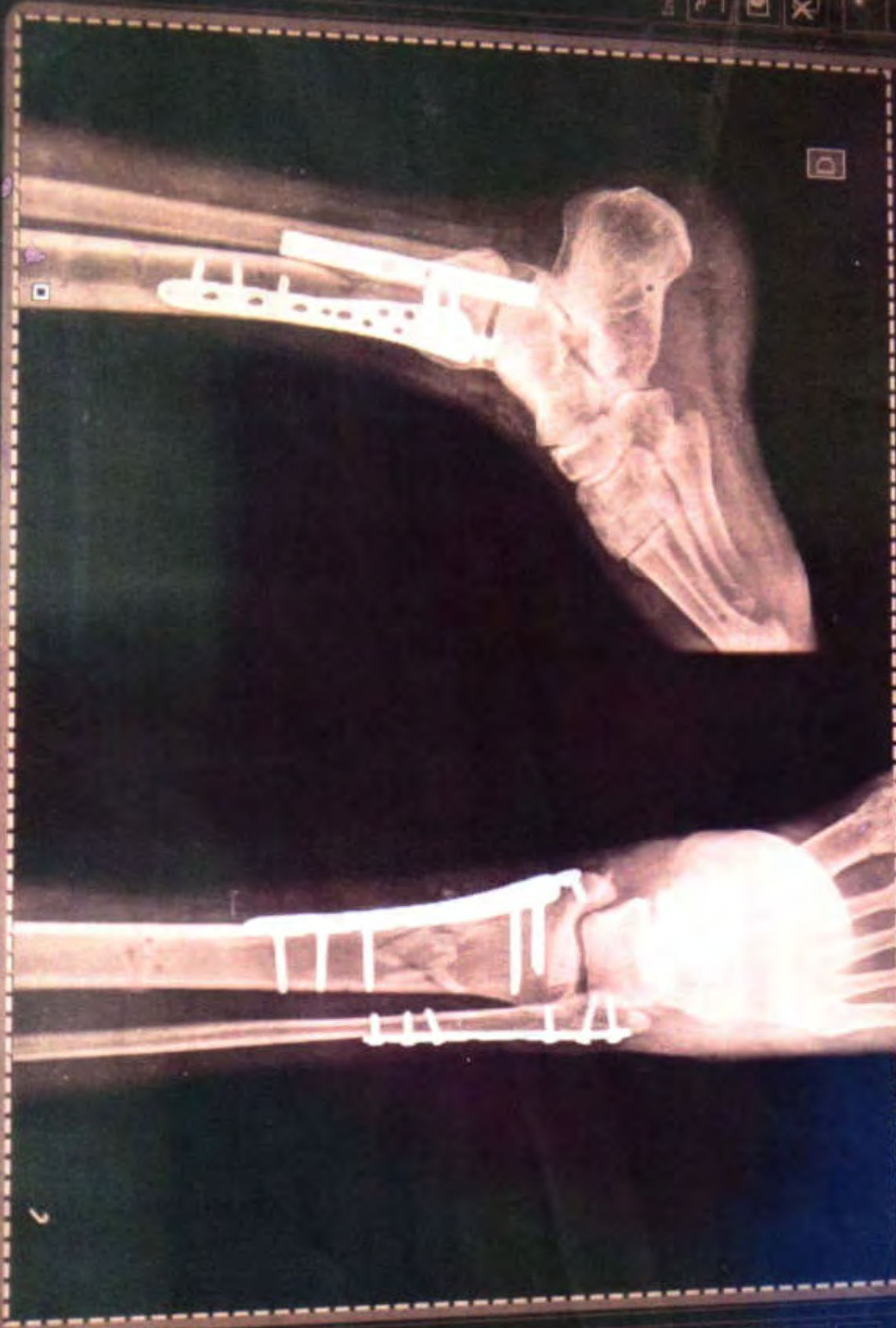
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. [Assinatura]

BOA VISTA, 1 / 1 / 1



MÉDICO



30/1/2020 07:35:27

40.3 1

BL D 4045

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Examinar



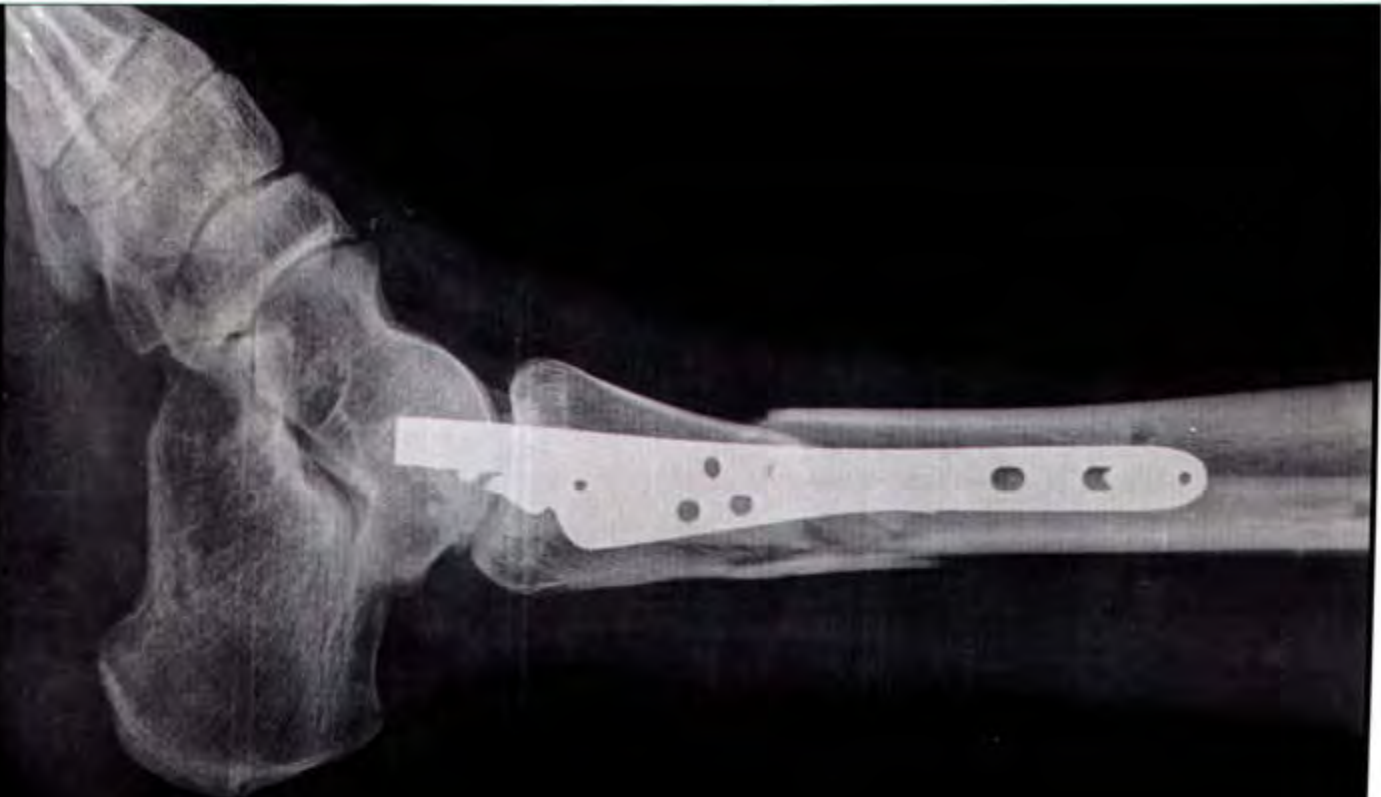
El: 304
U: 123
G: 239

Transfer
Moday

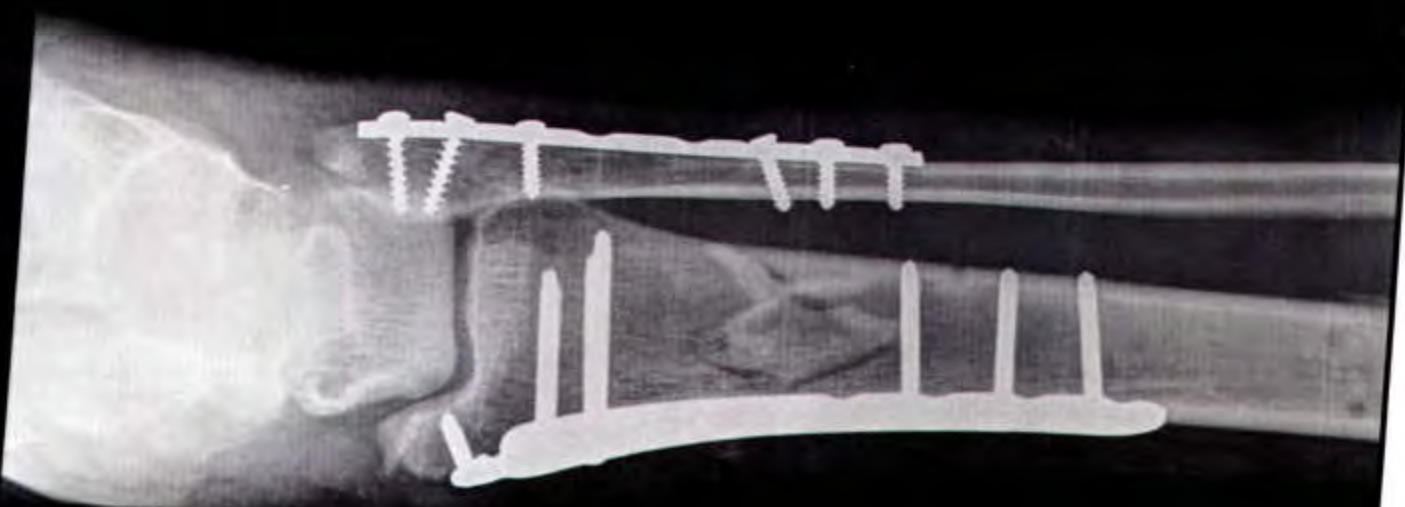
Zoom

Propriedades
imagem

Moday



D



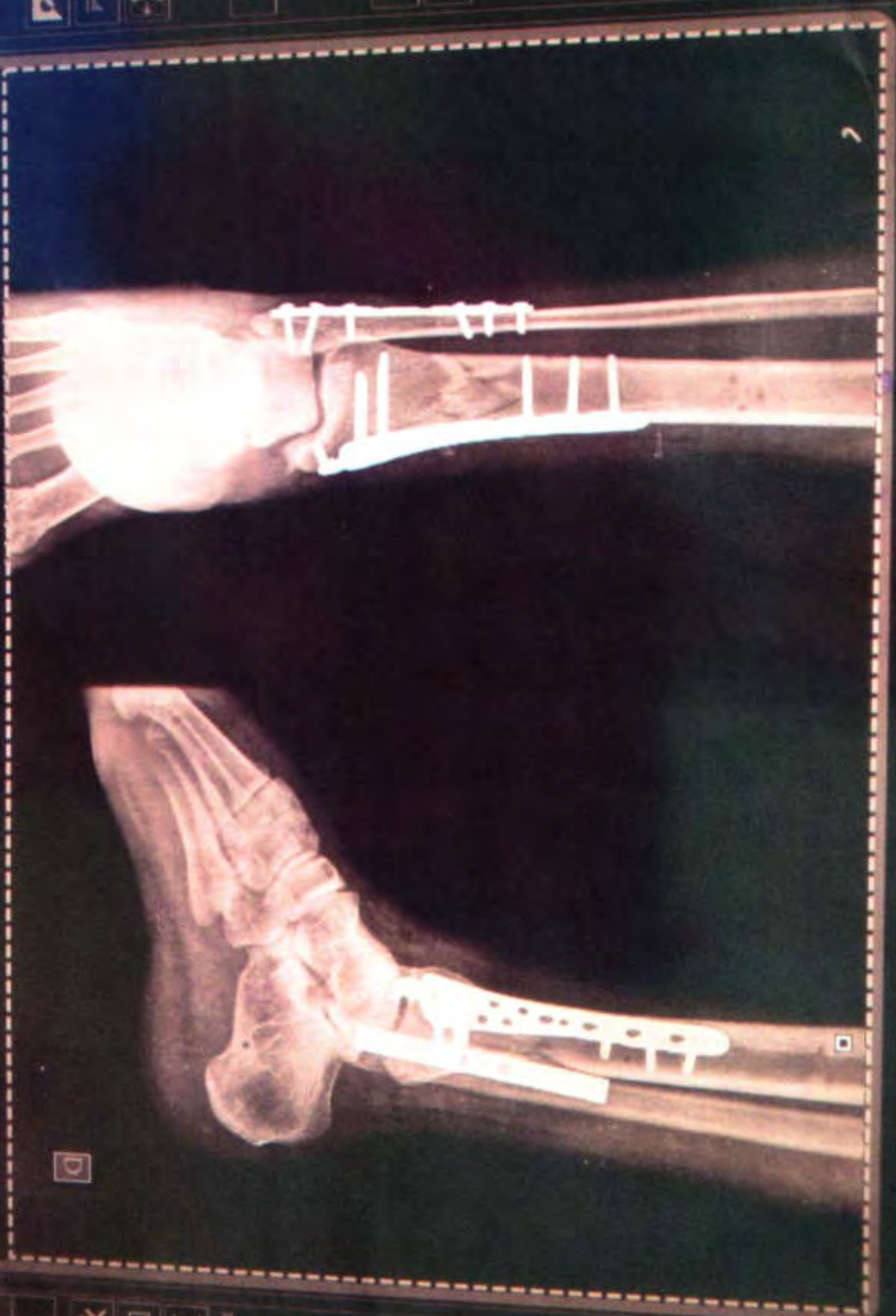
JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA 1458

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2020

Fabíola Castro

70.8 %



JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BL D 4045

30/1/2020 07:35:27

40.3 %

D

Interface elements of a medical imaging software. At the top, there are buttons for 'Zoom in', 'Zoom out', 'Previous image', and 'Next image'. Below these are buttons for 'Previous image', 'Next image', 'Previous image', and 'Next image'. At the bottom, there are buttons for 'Previous image', 'Next image', 'Previous image', and 'Next image'. The interface is dark with white text and icons.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL CRUZ



Polgar Direito



William Gonçalves Franco
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

INT. PALESTRA

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DNC ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Populista do Povo do Brasil

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ESTADO DE RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA CRIM

Polgar Direto



Jefferson Pereira Fonseca

PELODE (ID)AEE

PROTESTO
RUBICA 325105-4

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

ILSON RODRIGUES DA FONSECA

JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA

BOA VISTA - RR

CERTO NASC 82.637 FLS 189 LIV A-121
BOA VISTA-RR

967.343.292-91
2 VIA

AMADEU NOCHETTI
PREFEITO

LEI Nº 7.18/E 28/08/83

PRIMEIRO

12/07/2016

DATOS DE NASCIMENTO

12/04/1995

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200271866 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA **Data do acidente:** 10/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 4/19/49/52/66/72/117/122.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

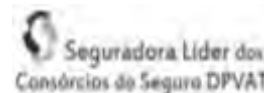
Observações:

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-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

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: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jefferson Pereira da Fonseca
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 366143-4
CPF: 967.393.292-91 ENDEREÇO: R. Murilo Cidade 1523
BAIRRO: Silvânia CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-348

VITIMA: Jefferson Pereira da Fonseca
CPF: 967.393.292-91 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: () DÁMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lavoura Moura

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 09 de julho de 2020

x Jefferson Pereira da Fonseca
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

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: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

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, contados 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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

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: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000013447-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo da Instituição Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 199 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

Fls: 1

Visto:

Boa Vista, 21 de julho de 2020
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 16:25:32 Data/Hora Fim: 21/07/2020 16:25:32

Delegado de Polícia: Simone Amada do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/01/2020 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 12/04/1995	Idade: 25
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Josilene Figueiredo Pereira		Nome do Pai: Ilson Rodrigues da Fonseca	

Documento(s)

CPF: 967.343.292-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. Murilo T. Cidade

Complemento: casa

Bairro: Dr. Silvio Leite

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nº: 1523

CEP: 69.314-348

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta
CPF/CNPJ do Proprietário 542.570.502-68	Placa NAZ8798
Renavam 01081388708	Número do Motor G3C3E-001127
Número do Chassi 9C6KG0380G0001133	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ250 LANDER
Veículo Aduziado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS - RECALL - RENAIFF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Pereira da Fonseca	Proprietário



Impressão por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 21/07/2020 17:00:05

Página 1 de 2

PEP - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 10/01/2020, por volta das 10h:00min da manhã, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca, modelo XTZ250 LANDER, Placa NAZ-8798; QUE neste momento trafegava na rua Rua Paulo VI, em sentido Centro-Bairro; QUE no cruzamento da R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI, o comunicante não prestou atenção que havia uma elevação no asfalto, que tentou frear bruscamente, porém sem êxito, colidindo com essa elevação, que em seguida o comunicante foi arremessado uma grande distância do ponto de colisão; Que perdeu a lucidez por alguns minutos, e quando despertou não conseguia movimentar seu corpo, que alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima - HGR; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, que teve fraturas mais graves no tornozelo direito que o osso do tornozelo ficou exposto devido ao impacto do acidente, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escritão de Polícia
Matrícula 4200511

Responsável pelo Atendimento

Jefferson Pereira da Fonseca

Comunicante, Vítima

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que o presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020
[Assinatura]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

☒ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Impressão digital de quem assina o pedido (a rogo) 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000013447-9

Nr. da Autenticação DA9B35C088065EAC