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

1ª Classificação | Reclassificação | Reclassificação | Reclassificação
(__) Vermelho | (__) Laranja | (__) Amarelo | (__) Verde | (__) Azul Ass.:

2001207666 10/01/2020 10:21:02 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 12

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA	12/04/1995	24 A 8 M 28 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
				M	NAO INFORMADO	PARDA		BRASILEIRA

Mãe: JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA — Contato: NI — Ocupação:

Endereço: RUA - NI - NI - - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

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

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal (__)Síndrome Febril (__)Sintomático Respiratório (__) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Vítima de moto, com fratura exposta no tornozelo (D).

Exame Físico

ACV
AR: 7.3/4 ventilando
AM

Hipotese Diagnóstica

ECG e (5).

FC=80bpm
FR: 20ipm

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO -X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) SF 0,9% 500ml (c) 8/8		
(2) Tenoxicam 40mg (e) 24h.		
(3) Dipirona 1g (e) 6/6h.		

Dr. Claudio Linhares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1-17

Conduta

(__) Alta por Decisão Médica
(__) Alta a Pedido
(__) Alta a Revelia
(__) Transferência para: Ortopedia

(__) Ambulatório
(__) Observação (Até 24h)
(__) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/____ __:__

óbito
Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não **Destino:** (__) Família (__) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio
Data / Hora: 10/01/2020 10:25:25

Paciente vítima de queda de moto
Apresentando lesão em tornozelo
+ RX : fx Epifise distal
de tíbia
Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BR 2028

:) Alta 30.01.2020

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: BLOCO D

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: D. [illegible] Pereira de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 48501

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 9 0 8 4 0 6 4 8 8 K 4 4 1 G 8

8 - DATA DE NASCIMENTO: 12/04/1995

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Rosilene Figueiredo Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: RR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com Fx exposta de Ulna dist (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Anamnese + EF + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx exposta Ulna (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

Dr. Pedro Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
QE: 610

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Pedro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/01/20

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

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2023

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/1/20

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 8408505578 5876

A 1878-1

V195

BOLETIM OPERATÓRIO

Jeferson P. de Paiva

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 10/01/20 OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exp. TIE (B)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador ext. x TIB (B)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Mar. R3

2º AUXILIAR: Mar. R3 INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct c/ SSN + anest

2- Lavagem + antisp + campos est

3- Lesão cirurgia em TIB (B), + sutura, fixador ext + controle redução + curativo

4- RSP

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

5

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome [illegible]
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
(X) Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
( ) Procedimento
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica (X) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(X) Não ( ) Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(X) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

R3 Ronaldo
Dr Fábio

Assinatura

Data 10/ /2020 Hora: 12:15

ANTES DA INCISÃO

Anestesista [illegible]

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) 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.
(X) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (X) Não

(X) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(X) 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	404-5	DATA	11/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12 18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	12 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	Katiuscia
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	124/75	81	—	36,5
18 H	137x83	120	—	36,1
24 H	120x68	110	—	37,6

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

07 as 19 / 11/01/2020 > administrado medicação, aferido sinais vitais.

06h PA = 110x85 P=91 T°=36°C

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

Data: ____/____/ 20 Enfermaria: Leito:

DN: ____/____/____

Nome Completo:

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - Influenza ( ) Gotícula - pertussis

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 NEUROLÓGO

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

PUPILAS

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

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmica
( ) Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico
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 ( ) GTT/GTC ( ) Outros
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Ileostomia
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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
( ) 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

ELETRONICA EMITIDA ANTERIORMENTE EMISSÃO: 11/11/2019 VALOR TOTAL: R$ 94.100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RAIMA - FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº. 000.000.115 Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP
AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A
CENTRO - 69301-200
Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.000.115
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
1419 1110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 1510 0000 7859

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda	314190002930555 - 11/11/2019 21:55:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
240161736		10.631.897/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DE RORAIMA - FUNDES		05.370.016/0001-00	11/11/2019
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N	NOVO PLANALTO	69312-470	
MUNICÍPIO	**UF / FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
Boa Vista	RR 9521210521		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DA SUBSTITUIÇÃO	VALOR IMPORTAÇÃO	VALOR PIS	VALOR COFINS	VALOR FCP	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94.100,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR ISS	VALOR PIS	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94.100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	FRETE POR CONTA				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ. IPI
0001	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B002620	90211020	0400	5103	UN	5,0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00		0,00	
0002	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001219	90211020	0400	5102	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	
0003	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001220	90211020	0400	5103	UN	3,0000	600,0000	1.800,00	0,00	0,00		0,00	
0004	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001529	90211020	0400	5103	UN	5,0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00		0,00	
0005	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001530	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	
0006	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001531	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	
0007	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003733	90211020	0400	5103	UN	3,0000	600,0000	1.800,00	0,00	0,00		0,00	
0008	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003735	90211020	0400	5103	UN	6,0000	600,0000	3.600,00	0,00	0,00		0,00	
0009	FIXADOR EXTERNO LINEAR 3000, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003736	90211020	0400	5103	UN	2,0000	600,0000	1.200,00	0,00	0,00		0,00	
0010	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002349	90211020	0400	5103	UN	7,0000	600,0000	4.200,00	0,00	0,00		0,00	
0011	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002351	90211020	0400	5103	UN	14,0000	600,0000	8.400,00	0,00	0,00		0,00	
0012	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003616	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	
0013	FIXADOR EXTERNO LINEAR350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002617	90211020	0400	5103	UN	8,0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00		0,00	
0014	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE19B002626	90211020	0400	5103	UN	4,0000	600,0000	2.400,00	0,00	0,00		0,00	
0015	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003667	90211020	0400	5103	UN	15,0000	600,0000	9.000,00	0,00	0,00		0,00	
0016	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B000754	90211020	7400	5103	UN	8,0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00		0,00	
0017	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001138	90211020	0400	5103	UN	5,0000	530,0000	2.650,00	0,00	0,00		0,00	
0018	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001139	90211020	0400	5103	UN	3,0000	530,0000	1.590,00	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: Informações Adicionais de Interesse do Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33
DATA DE EMPENHO: 20601 6001 19 02212-9
DADOSBANCARIOS: BANCO DO BRASIL
AGENCIA
3917-4
CONTA CORRENTE: 56.164-9. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Fisco: &lQsl.

RESERVADO AO FISCO

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	12/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

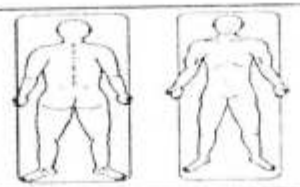
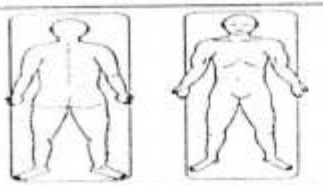
REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	120x80	86	20	36,5	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	120x70	83	20	36,5	TRAUMATOLOGIA
24 H	124x79	72	-	37C	CRM-RR 1964

Dulete Veloso Ferreira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000601077

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:** 12/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração (X) 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 (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 (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) 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:	Francileude C Alencar Técnica em Enfermagem COREN [illegible]	Rozângela Miguel Bezerra COREN 629 703 Emiliana do N. Silva COREN [illegible]
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 ( ) Goticula - aerossol ( ) Goticula - perdigotos

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

Paciente Indigena: ( ) 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 Cardiacas: ____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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 sitio 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

1. Histórico de Queda		**6. Estado Mental**	
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Sim	25	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 salinisado		Risco Alto:	Maior que 45
Não	0	Sinalização do Risco:	
Sim	20	( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
4. Auxilio 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 alçance 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		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-B	DATA	13/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

Dr. Jesus A. Lopez A.
CRM-RR 566

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	110x70	FC 75	FR 14	36°C	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	122/77	79	19	36,6	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	130x84	89	-	36,6	TRAUMATOLOGIA
24 H	114x74	66	17	37°C	CRM-RR 1964

7 as 13h pré ápos medicação do horário + SSVV

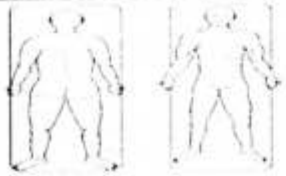
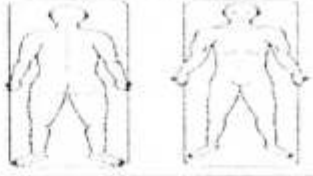
Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR

13:00 a 19:00
Realizado medicação de acordo com prescrição médica

06852

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Sebastião Paulo Fonseca			
		Leito: 404-5		**Data:** 13/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGE
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde [illegible] Técnica de Enfermagem COREN [illegible] Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE [illegible]	[illegible] Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 AE [illegible] Técnica de Enfermagem COREN-RR 507795/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 ( ) Goticula - aerossol ( ) Goticula - perdigotos

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

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

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Taquicardico
( ) 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 contínu ( )Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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 sitio 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

1. Histórico de Queda	**6. Estado Mental**	
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	
Sim 25	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 salinisado	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:

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

ÍTEM		HORÁRIO
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 + SF 0,9% 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	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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	127/84	143	-	36,1	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	120x70	104	20	36,4	TRAUMATOLOGIA
24 H	120x80	86	-	-	CRM-RR 1964

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 ( ) Goticula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos

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

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

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLOGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
Exame Físico: Bulhas Cardiacas: ____ Pulso: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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
( ) Risco de infecção
( ) Risco de nutrição desequilibrada
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio do volume
( ) Volume de liquidos excessivo
( ) Volume de liquidos 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxilio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	5/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

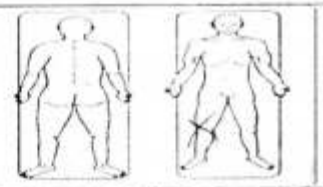
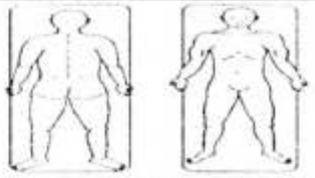
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TAX	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	135/85	91	S/Relato	35.9	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	124/82	89	S/C	36.2	TRAUMATOLOGIA
24 H	[illegible]	120	—	37.2	CRM-RR 1984

05/01/2020 administrado medicação aferido sinais vitais sempre aos 07 as 13 horários anotados na enfermagem

06h 12h 18h 24h

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	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: 15/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X) =3	 Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X)Trauma : ___Tração (X) 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 (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) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) 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 proeedimento:	Luciene Moreira Técnica de Enfermagem COREN-RR 453.554 / Emiliana do N. Silva COREN-RR 47.362-AE / Jacqueline Dape Paiva Loureto COREN-RR 487.031 - TE	
Observações:		

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Bezerra da Fonseca IDade: 24 anos.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MZ 2,0 mg ev 12:05 h EF IC
FNT 50 mcg SATISFATÓRIO

Nº 10.01.20

AGENTES: N2O, O2

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 500, SF 500, SF 500

DA X
USO ●
ANES X
OP O
TEMP □
ASPIR A
RESP O

Expont
Assist
Contro

SÍMBOLOS

AGENTES / DOSES
A Bupivacaína HS 0,5% 12,5 ml
B
C
D
E
F
G

GLICOSE / LÍQUIDOS
NDCD
SANGUE
SF 0,9% 2500 ml
TOTAL 2500 ml

TÉCNICA
RAQUIANESTESIA LOMBAR MEDIANA
BARRA SIMPLES EM ME-
DIANA VENTILANDO ESPONTÂNEA
NOR

Cânula - Nasal / Oro Faríngea
Nasal / Orotraqueal - Cricot
Bal - Tamp - Cadarc do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica: NÃO

TEMPO DE ANESTESIA
13:40

ANOTAÇÕES
- Decúbito mantido em decúbito lombar c/ discreta elevação de membros inferiores
- Infiltração planos superficiais com lidocaína 2% (40 mg)
- Punção única satisfatória L3-L4 agulha 27 G
- Injetado Bupivacaína 0,5% (12,5 mg) (3) Ceftriaxona 1g (IV) (A) 1 ml SAA

OPERAÇÃO
TTO cirúrgico de Fratura de Tornozelo Direito Exposto

Laringo - Espasmo - Edema Glote
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA / CÓDIGO: Dr Fabricio / Dr Marcos / Dr Ronaldo
CIRURGIÃO: Dr Marcos
PERDA SANGUÍNEA: Compatível

Dr Marcos

Bruno Thiago O. G. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

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
[illegible] Fernanda de [illegible]		200120766	10 / 01 / 20

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ostéos 2º Frat de Fêmur Mult	13:00	13:40	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	[illegible] Nunes Bueno	ANESTESISTA:	Dr Fabio P
		RES. ANESTESIA:	Dr DANIELE
1º AUXILIAR	[illegible] Maria Aparecida	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	EVA / BAHIA, Ananda
TIPO DE ANESTESIA:	Raqui	TEMPO DE DURAÇÃO:	Hilton

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		[illegible]	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO Soro	
[illegible]	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
[illegible]	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		[illegible]	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 SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		[illegible]	FIO SEDA Nº Fratura de Cresto	
	SERINGA 01ML			ORTOSINTESE IND. E COM LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref. 4747/01 Lote:19H001219 Registro ANVISA 10223710095	
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		[illegible]	FITA CARDIACA	
[illegible]	Ecotlon		[illegible]	OUTROS:	

[illegible] Cobia de [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Eva Bahia	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento:	Especialidade:	Procedimento Realizado:
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		

Nome do Paciente:	IDADE:	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário	Data
Jefferson Pereira Fonseca	24 a		2001207666	10/04/2020

Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala:
//			04	Oliveira, Hilma

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)	Dados Adicionais:	Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Fixador Lay Fix c/ barra 250	01

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel. 55(11)3944000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref. 4747/01 Lote 19H001219
Registro ANVISA 10229710095

MÉDICO CIRUGIÃO: Dr. Marco Brunner 1º AUXILIAR: Dr. Marco Aguiar

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( )	Nome da Empresa:SIRIUS ( ) /SINTESE ( ) /QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRUGIÃO: 1º AUXILIAR:

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA A STÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Jefferson Pereira da Fonseca Data: 12 / 01 / 2020

Data de Nasc: 12 / 04 / 95 Idade: 24 Setor/Leito: _____

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Cirurgia Ortopédica (P)

1. Informações:
Jejum ( ) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim ( ) Não
Exames ( ) Sim ( ) Não
Reserva UTI ( ) Sim (x) Não
Lateralidade ( ) Sim (x) Não
PNE ( ) Sim (x) Não
Alergia ( ) Sim (x) Não
Qual: _____
Reserva de Hemoderivado:
( ) Sim (x) Não
Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(x) Consciente
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T _____ °C
R _____ rpm
FC 120 bpm
PA 12x8 mmhg
SAT 99 %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Orientado
Acompanhado pela
TTE (cirurgia ortopédica)
pela manhã (P)
Alega alergias
Portador Hipertenso

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
12:14	12:24	13:00	13:40	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
TTE Cirurgia Ortopédica (P)	Raqui	Dorsal

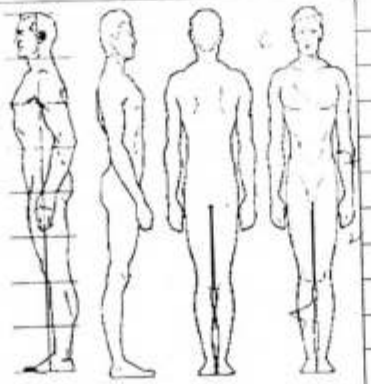
Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 1000	Nome:	CH:
SG 5%:	Dose:	Plasma:
Outros:	Hora: 13:00	Plaquetas:

N° de Compressas oferecidas: 8
N° de Compressas recolhidas: 8

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros: _____

Anátomo Patológico:
(x) Não
( ) Sim
N° Peças: _____
( ) Cultura
( ) Outros: _____

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N°____
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N°____
13. Outros: _____



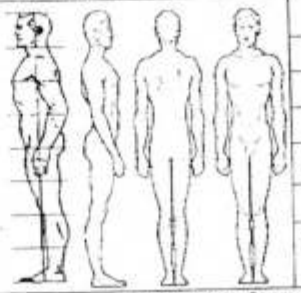
Sinais Vitais: Saída da SO
T _____ °C R _____ rpm FC 120 bpm
PA _____ mmhg SAT 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (x) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raqui	TTE Cirurgia Ortopédica (P)

Localização
1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros: _____



Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'						
15'						
30'						
45'						
1h						
01: 30 h						
2 h						

Observações:

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto		Dreno/Qual	Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Paciente Admitido na UCO, com POI - CTI - ITE, Normotenso
Dieta Zerada, Liberado da UCO para Enfermaria.

José Luciano dos Santos
COREN-RR 352.112 - ENF
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 ( ) 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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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 ( ) SNF/SOE ( ) 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 ( ) 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 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	16/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	mant
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
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	
7	PLASIL10MG 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	12
12	SSVV + CCGG 6/6H	12/12
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

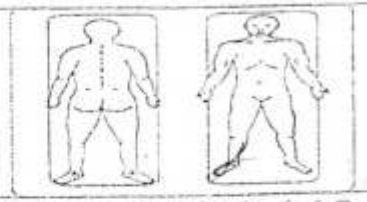
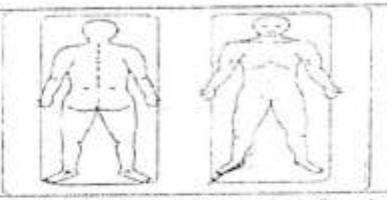
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	**PA**	**FC**	**FR**		DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	123X79	79	—	36.0	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	140X80	107	—	36.5	TRAUMATOLOGIA
24 H	140X87	101	15	36,2	CRM-RR 1964
06 H	128X83	89	16	36,8	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Jeffersson Pereira Fonseca			
	Leito: 404-5		Data: 16/01/2020	

Localização	 Região: M I D Grau: I ( ) II (✓) x2	 Região: M I D Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia : ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração (✓) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	(✓) Necrose: Amarela/Negra ( ) 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 (✓) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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: AGE	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moreira COREN-RR 965 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 965 Adonias Vieira Araujo Téc. de Enfermagem COREN-RR 507 765-TE	Vanessa da Silva Moreira COREN-RR 965 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 965 Adonias Vieira Araujo Téc. de Enfermagem COREN-RR 507 765-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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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
( ) 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	0	
Sim	25	
2. Diagnóstico Secundário		
Não	0	
Sim	15	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado		
Não	0	
Sim	20	
4. Auxílio na Deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	
Muleta/Bengala/Andador	15	
Mobiliário Parede	30	
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	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 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

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	17/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	
12	SSVV + CCGG 6/6H	
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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

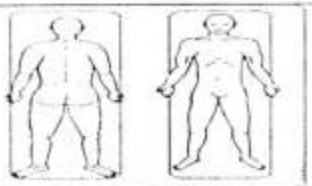
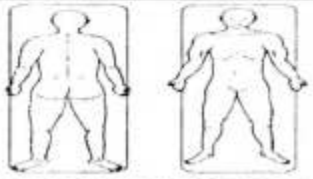
REALIZADO 120/66 84 36,7

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/87	92	—	36°C
18 H	140/90	102	—	36°C
24 H	134/67	97	—	37,1°C

DR AUGUSTO CAVALCANTE
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1984

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: 17/01/2020	

Localização	 Região: MSD Grau: I ( ) II (X)	 Região: MSD Grau: I (X) 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 X Eixador 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:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (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%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Guilene / Ana
Observações:		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jeferson Pereira do Forte CPFnº _____

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 retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1)Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

_____ CRM_____/_____

Assinatura/carimbo do Medico 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

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	10/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	Manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	~~6 12 18 24 06~~
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	~~08 20~~
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	~~06~~
7	PLASIL10MG 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	Curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H	Rotina
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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

KEATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	114/65	88	19	35,1°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	113/85	95	20	36 e	TRAUMATOLOGIA
24 H	100/69	93	—	37,3°C	CRM RR 1964
06	112/71	89		36°	

07h as 19h * Paciente sem queixas, administrado medicações e.p.m, Sinalizado SSVO, Anotações conforme 705252

Paciente dietado, administrado medicamentos conforme regras das anotações de enfermagem

Marcilaba Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
Coren-RR 461.069 AE

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

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	10/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	Manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12 18 24 6
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL10MG 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	Retirar curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H	Reti. c
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, , FUNÇOES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	21	36°C
24 H	130/72	77	18	36°C

06H 130/80 80 20 36°C

08: Apresentou reação alergica após item (03).
Reação alergica a clindamicina?

Dra 349965

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

HGR

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

Nome Completo: Jefferson Pereira Fonseca 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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações: ___
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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 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	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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 M Alergico a dipirona

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1800

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	28/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	Reação Alergica manter 12/12 406
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H (suspenso)	
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	06
7	PLASIL10MG 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	M Retirar
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REAH 06hMi 115x24 FR 18 T 36,3°

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	112x76	102	—	36°	
18 H	130x82	96	—	37,6	
24 H	110x76	87		37,2	

Aplic. Cefazolina primeira dose. Conduta Comunicada Plantonista. Analgesia feita pela Dr Francisco Júnior

Enfermeira
COREN/RR - 187...

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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-B	DATA	21/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

SSVV. 06/H
PA 120/70
FC 80
T 36,2

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116 x 75	88	22	36,2°C
~~17 18~~ H	120/68	89	18	36,4°C
24 H	120/70	80	75	36,5

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 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 ( ) Goticula - aerossol ( ) Goticula - perdigotos

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

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

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLÓGO

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

PUPILAS

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

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertermico
( ) Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uroped
( ) 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:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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

1. Histórico de Queda	**6. Estado Mental**	
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	
Sim 25	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 salinisado	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:

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-B	DATA	28/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
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	PLASIL10MG 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	
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, . FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	122X74	90	20	36,4
17 ~~18~~ H	140/80	88	20	36,2
24 H	120X70	70	18	36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 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 ( ) Goticula - aerussol ( ) Goticula - perdigotos

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

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

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
Exame Físico: Bulhas Cardiacas: ____ 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 ( ) SNF/SOE ( ) GTT
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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 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	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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

HGR

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

ÍTEM		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	PLASIL10MG 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 DE ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

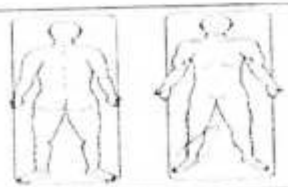
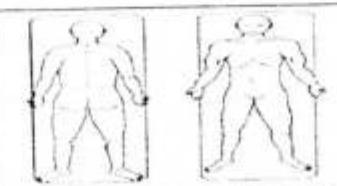
REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	**PA**	**FC**	**FR**		DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
12 H	130x80	78	20	36,8	
18 H	134/96	84	20	36°C	
24 H	113/80	87	20	36,4	
06	100/65	87	20	36,5°C	

Às 17h pac sujeito ao
Administrativo
Téc Rosana

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Roraima	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolon° 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: JEFFERSON PEREIRA		
		Leito: 404-C	Data: 23/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: ( ) 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:
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:	Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Bruna Técnico em Radiologia COREN-RR
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 NEUROLÓGO

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

PUPILAS

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

REGULAÇÃO TERMICA

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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
( ) 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

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	24/01/2020

ÍTEM		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	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	**T**	DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	137/82	108	19	36 C	
18 H	110X70	88	19	36,2	
24 H	121X75	83	18	36,0	

06 | 132X78 | 91 | 16 | 36,0

Obs - Coletado exames laboratoriais

24/01/2020, administrado medicação, aferido sinais vitais, realizado troca de curativo sem intercorrências

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

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

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SPD
2	AVP	manter
3		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SF 06.
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	1x Pela manhã
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

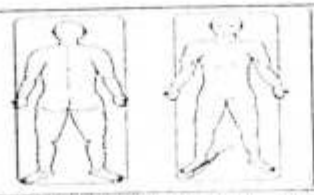
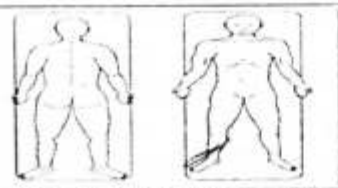
REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	136/93	89	36,3c		
18 H	126/77	93		36°C	
24 H	120/78	94		36,7°C	

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: Jeferson Pereira Fonseca			
	Leito: 404-5		**Data:** 25/01/12	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (✓) x2	 Região: MID Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ✓ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) 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 (✓) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (✓Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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:	Renata Vanessa da Silva Moreira Técnica Enfermagem COREN/RR 554.822 Ana Cláudia da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN/RR 554.822	Renata Vanessa da Silva Moreira Téc. em Enfermagem COREN/RR Ana Cláudia da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN/RR 554.822
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

HGR

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

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNS
2	AVP	
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	
7	PLASIL10MG 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	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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO : BEG, LOTH , 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 bico infusão MSD G-20. Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado Medicações EPM

Dr. Jefferson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

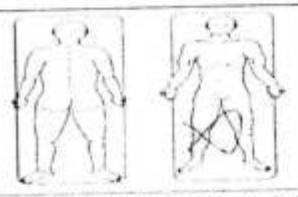
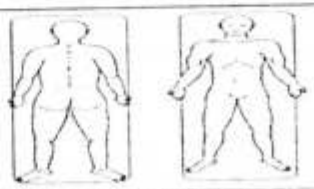
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/78	92	19	36C
18 H	105/81	106	-	37,3°C
24 H	113/89	91	22	36°C

CCGs aferido e monitorado
As 8.30 Foi realizado ausculta venosa e administrado medicação EPM Verificado SSVV PA Rotina

Maria do Rosário Alves de Oliveira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 158.431-TE

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: 1104-5		**Data:** 26/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I (X) II (X)	 Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração X 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 (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) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGE	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	26/01/20 Jaime Pereira Lourenço COREN-RR 191.931 - TE Bruno S. Pereira Técnico em Enfermagem COREN-RR 273.355	
Observações:	_____	_____

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020

ÍTEM		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	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 565

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	111X62	94	-	35.4
18 H	110X70	81		36°C
24 H	117/75	112		36.2

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

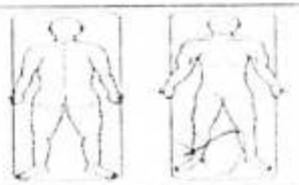
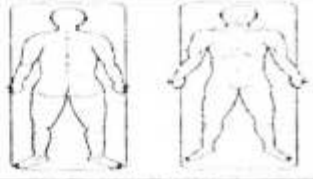
27/01/2020 administrada medicação aferido sinais D7 as 13 > intercorrência

06 h PA 100/62 Paciente em repouso, administrado medicação prescrita
P 103
T 36,2

Merinalva Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 451 069 AE

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 Grau: I (X) II (X)	 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:
Aparência do Leito	(X) 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	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) 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:	MÔNICA Emiliana do N. Silva Bruno S. Pereira Téc. de Enfermagem COREN-RR 818.356	
Observações:		

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO — Masc [1] Fem [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
RQE 593 TEOT 10488
CRM/TO 1947

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28/01/20 O.S.

Jefferson Ferreira
RG [illegible]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx de tíbia + fíbula (D).

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tto cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese de Tíbia + fíbula (D).

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 mesmo

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista - Traumatologista
ROE [illegible]
CRM/RR 1047

CIRURGIÃO: Dr. Bruno F. AUXILIAR: Dr. Victor M.

2º AUXILIAR: Dr. Gustavo INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Dr. Hélio ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente em DHD foi feito antissepsia
(2) Antissepsia + anestesia + colocado os campos
(3) Incisão linear em pele (D).
(4) Dissecção + fixação c/ placa 4,5 com 6 furos.
(5) Incisão fascia muscular, dissecção + fx.
(6) Placa posicionada de forma.
(7) Sutura + curativo

Dr. Victor Hugo
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 999

Cirurgião: Dr. Bruno
Dr. Victor e
Dr. Gustavo.

UK

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

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		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteossintese de Pilão Tibial "D"	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	Ivanete e Hilma
		TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☑	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
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 SUCÇÃO 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 RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Luciano e Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO 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 20012076666	Data 28/01/2020
Bloco: D	Enfermaria: 404	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Dvanda e Hilma	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:
cx de pequenos fragmentos
cx de pequena cirurgia

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X) | Dados Adicionais: | Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
	PLACA TERÇO DE CANA 8 FUROS	01
	PARAFUSO CORTICAL N 12	02
	PARAFUSO CORTICAL N 14	02
	PARAFUSO ESPONTUSO N: 18	02
	PARAFUSO CORTICAL N 32	01
	PLACA PINZ TIBIAL BLOQUEADO 5 FUROS	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N 14	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N 34	01
	PARAFUSO AUTO BROQUEANTE N 36	01
	PARAFUSO AUTO BROQUEANTE N 40	02
	PARAFUSO AUTO BROQUEANTE N: 30	03

MÉDICO CIRUGIÃO: Dr. Vitor Monteiro 1º AUXILIAR: Res Marcelo Marques
Res Marco Brunner
Res Pedro

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ( ) | Nome da Empresa:SIRIUS ( ) /SINTESE ( ) /QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( ) | Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRUGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3338, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista – Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: sgp.me.hgr@gmail.com

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA
ID: BL D 404-5
Sex: Male
H
HOSP GERAL DE RORAIMA
MEMBROS INFERIORES
Study ID: 20013007/34113486
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: Jeferson Pereira de Freitas

Data de Nasc: 12 / 04 / 1995 Idade: 24 a Setor/Leito: 4CH-5 Data: 28 / 01 / 20

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Hist. Pilo Sacro (D)

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: Dipirona
Reserva de Hemoderivado:
( ) Sim (✓) Não
Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(✓) Consciente
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T _____ °C
R _____ rpm
FC 112 bpm
PA 120x80 mmhg
SAT 98 %
(✓) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Vai evoluir no SRPA P/ Alta
encaixe P. Cir
Cabeça (D) + Nuca
Mãos e Braços

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
13:25	13:05	14:20	15:40	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Hist. Pilonidal Sacro (D)	Raqui	Ventral

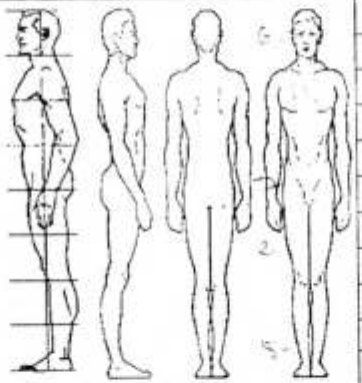
Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 500 ml	Nome: Cefalotina 2g	CH:
SG 5%:	Dose: 2g	Plasma:
Outros:	Hora: 14	Plaquetas:

N° de Compressas oferecidas: 12
N° de Compressas recolhidas: 12

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros:

Anátomo Patológico:
( ) Não
( ) Sim
N° Peças: _____
( ) Cultura
( ) Outros: _____

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT (X) Não ( ) Sim N° ____
12. SVD (X) Não ( ) Sim N° ____
13. Outros: _____



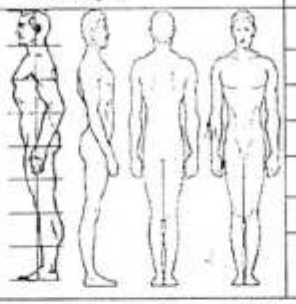
Sinais Vitais: Saída da SO
T _____ °C R _____ rpm FC 97 bpm
PA 114 x 62 mmhg SAT 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

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

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raqui	Hist. Pilonidal Sacro (D)

Localização
1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros: _____



Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
0'						
15'						
30'						
45'						
1h						
01: 30 h						
2 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada						Saída					
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual		Hora	SVD/Aspecto		Dreno/Qual		Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

15:20h. Admitido na SRPA, em BEG, OST, hidratado, sob anestesia geral. Em uso de oxigênio em F.O a 2L/min via cateter nasal. Liberado da SRPA sem intercorrências.

José Luciano dos Santos
COREN-RR 352.117 - ENF
Enfermeiro

Cons. Cir. 1.2

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome [illegible]
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
(X) Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
(X) Procedimento
Consentimento (X) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
(X) Aplica ( ) Não se Aplica ASA I

SÍTIO DEMARCADO
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Dipirona
( ) Não (X) Sim. Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(X) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

_____
Assinatura

Data 28/11/2020 Hora: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Heloisa Bernadelli
CRM Roraima

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) 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.
(X) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (X) Não

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

Assinatura e Carimbo

HG4-5

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Heloisa Bruna Rafaela [illegible]				
DIAGNÓSTIC	Fratura de fibula + Tibia				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	28/01/20

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	[illegible]
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	[illegible]
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	[illegible]
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	[illegible]
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	[illegible]
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	[illegible]
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
15	Tenoplastia AO 3 de 14/01/20	[illegible]
16	Encaminhado para o 14/01/20	[illegible]
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 MEDICA:
#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	95/62	87	18	35.9
24 H	128x66	84	21	36.1°C
06H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

OBS: Paciente retornou do C.C em BOI de Tenoplastia cirurgia de fratura de pilar tibial.

06:00
Administrada medicação de horário conforme prescrição médica

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	23/01/2020

ÍTEM		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	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REATI

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

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

035: Pauta no C.C.

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		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	29/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/T	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	Tilatil 200mg EV 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/65	96	19	35,6°C
17 ~~18~~ H	105/71	102	19	36,3°C
24 H	122x80	96	18	36,5°C

06 135x80 74 — 35°C

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

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	30/01/2020	

ÍTEM		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	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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. FO EM BOM ASPECTO, SEM QUIXAS, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, RECEBE ALTA COM ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA .

REATI

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

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

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jeferson Pereira de Farias 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/11/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de TNE epifise - Col Dist

NO DIA 23/11/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossintese de TNE epifise Col direito SENDO
OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. [illegible]
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/11/20 AS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/12/20 AS 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

BOA VISTA, / /

MÉDICO

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Jefferson Pereira da Fonseca

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

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD — Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com Fx exposta de tíbia distal (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Anamnese + RX + EX. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx exposta tíbia (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

HOSPITAL [illegible] Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Fone: (95) 2121-0021 AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é Reprodução Fiel do apresentado neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Pedro de S. Fausto

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/11/20

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

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ 2023

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

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 Fonseca	GT	2001207666	10/01/20

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteos de Fêmur Direito	13:00	13:40	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr Marcos Bruno	ANESTESISTA:	Dr Fabio
1º AUXILIAR	Dr Marcos Aguiar	RES. ANESTESIA:	Dr Daniel
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	EVA / BAHIA, Ivonde Hilda
TIPO DE ANESTESIA:	Raqui	TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
	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 SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº Afastador de crepom	
	SERINGA 01ML			ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)3484 3000 FIXADOR LAT FIX C/ BARRA 250 Ref.: 4747/01 Lote: 19H001219 Registro ANVISA: 10223710095	
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Gelco nº 18	
8	Ecotlon		1	OUTROS: Equipo Macro	

Colher OL Lavagem exaustiva c/ 1000ml e Lavagem exaustiva c/ 1000ml

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	EVA / Bahia	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

1041-51

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

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**

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	SN
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

Dr. Jesus A. Lopez Ag
CRM-RR 566

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	110X70	FC 75	FR 14	36°C	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	122/77	79	19	36,6	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	138/84	89	-	36,6	TRAUMATOLOGIA
24 H	114X70	88	14	36°C	CRM-RR 1964

7 as 13h feij adm medicação de horario + SSVV

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

13:00 a 19:00
Realizada medicação de acordo com prescrição médica

986752

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 Indigena: ( ) Não ( )Sim Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual Idioma:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) 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 Fisico: Bulhas Cardiacas: ____ Pulso: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

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:

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		**6. Estado Mental**	
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Sim	25	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 salinisado		Risco Alto:	Maior que 45
Não	0	Sinalização do Risco:	
Sim	20	( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
4. Auxilio 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 contençao ao leito
( ) Manter vigilância de ____/____horas.
( ) Calçado seguro nos pés
( ) Material de uso pessoal ao alçance 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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Edema Local:

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 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	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 10/01/20xx O.S.

Jefferson P. de Fosa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exp TNZ (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador ext em TNZ(D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Parent 1° aUXILIAR: Mar R R3

2° AUXILIAR: Mons A. R3 INSTRUMENTADORA:

3° AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct DSH + anest

2- Cons + Categ + Cap ste

3- LMC Exost em TNZ (D), + sutura, fixad ext + controle radioscopi + curat

4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1894

BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Freitas

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 10/01/2021 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposta TM 2 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador externo em TM 2 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Parrot 1° aUXILIAR: Mar B R3

2° AUXILIAR: Mons A R3 INSTRUMENTADORA:

3° AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct DDH + anest

2- Lesão + Antis + Co-p Ste

3- LMC exata em TM 2 (D), + sutura, fixad
exter + controle radioscopi + curat

4- RPA

Dr. Marcos Agustini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1995

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 Fonseca GT		2001207666	30/01/20

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Cistos de face de tornozelo	13:00	13:40	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Marcos Bruno	ANESTESISTA:	Dr Fabio
1º AUXILIAR	Marcos Aguiar	RES. ANESTESIA:	Dr Daniel
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	EVA / Bahia, Quande
TIPO DE ANESTESIA:	Raqui	TEMPO DE DURAÇÃO:	Hilton

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
	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 SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			~~FIO SEDA Nº~~ Atadura de crepom	
	SERINGA 01ML			ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39494099 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref.: 4747/01 Lote:19HD01219 Registro ANVISA: 10223710095	
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	~~FITA CARDIACA~~ gelco nº 18	
1	Ecotom		1	OUTROS: Equipo Macro	

Cotia OL Lidocaina sem vasoconstritor 1 ampola

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA EVA / Bahia	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Jefferson Pereira dos Fonseca

Data de Nasc: 12 / 04 / 95 Idade: 24 Setor/Leito: _____ Data: 10 / 01 / 2020

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Tto. Cirurgico fratura tibia (D)

1. Informações:
Jejum ( ) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim (X) Não
Exames ( ) Sim ( ) Não
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não
Lateralidade ( ) Sim (X) Não
PNE ( ) Sim (X) Não
Alergia ( ) Sim (X) Não
Qual: _____
Reserva de Hemoderivado:
( ) Sim (X) Não
Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Consciente
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T _____ °C
R _____ rpm
FC 101 bpm
PA 130 | 90 mmhg
SAT 98 %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Admitido p/ procedimento de Tto. Cirurgico fratura exposta tibia (D), pré cirurgicamente sem alergias e outras comorbidades.

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
12:10	12:21	13:00	13:40	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Tto. Cirurgico fratura exposta tibia (D)	Raquer	Dorsal

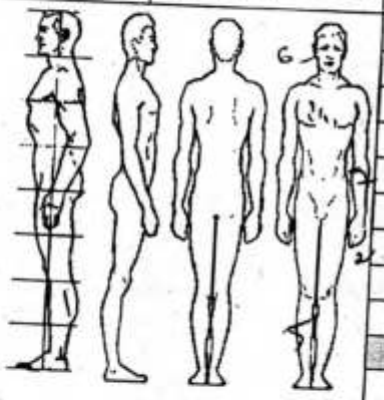
Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 1500 ml	Nome: Ceftriaxona	CH:
SG 5%:	Dose: 1g.	Plasma:
Outros:	Hora: 13:00	Plaquetas:

N° de Compressas oferecidas: 12
N° de Compressas recolhidas: 12

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros: _____

Anátomo Patológico:
(X) Não
( ) Sim
N° Peças: _____
( ) Cultura
( ) Outros: _____

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° ____
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° ____
13. Outros: _____



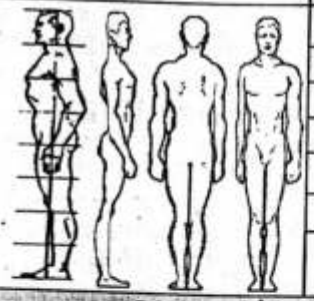
Sinais Vitais: Saída da SO
T _____ °C R _____ rpm FC 120 bpm
PA _____ mmhg SAT 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

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

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raquer	Tto Cirurg. prat. exposta tibia (D)

Localização
1. Soada
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros: _____



Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
0'						
15'						
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações:

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada						Saída				
Hora	Medicação	CI	SNG/Volume	Dreno/Qual		Hora	SVD/Aspecto		Dreno/Qual	Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

18:00 Admitido na UPA, em POI - Ost. frat. tornozelo (D) + fixador. Liberado da UPA, acordado.

José Luciano dos Santos
COREN-RR 352.112 - ENF
Enfermeiro

HGR

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Nome Jefferson Pereira da Fonseca
Responsável Cirurgião _____

Anestesista Dr Fabian Ilen Dorneles

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
(X) Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
( ) Procedimento
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica (X) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(X) Não ( ) Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(X) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

R3 Dorneles
Dr Fabian
_____
Assinatura

Data 10 / 01 / 2020 Hora: 12:15

ANTES DA INCISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) 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.
(X) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (X) Não

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

_____
Assinatura e Carimbo

404-5 OK

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	12/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S-D
2	AVP	manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	0 12 18 24 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL10MG 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	Pedro
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

Jefferson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	86	20	36,5	
18 H	120x70	83	20	36,3	
24 H	124x77	92	-	37,6	

DR AUGUSTO CARVALHO CANTE
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1964

às 23:25 feito AVP gelco 20 MSE.
06h 120x71 Troca
FC: 82
T = 36C

Dalete Veloso Perreira
Téc. em Enfermagem
COREN: 000621077

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado:

Nome do Paciente:	IDADE:	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário	Data
Jefferson Pereira Fonseca	24a		2001207666	10/01/2020

Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala:
//			04	Duarte, Hilma

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)	Dados Adicionais:	Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Fixador Lay Fix c/ barra 250	01

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref.: 4747/01 Lote:19H031219
Registro ANVISA: 10223710095

Dr. Marcos Aguiar
Médico Ortopedista
Membro Titular
SBOT-RR 1995

MÉDICO CIRUGIÃO: Dr. Marco Brunner 1º AUXILIAR: Dr. Marco Aguiar

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ( )	Nome da Empresa:SIRIUS ( ) /SINTESE ( ) /QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRUGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

404-5 Emergência

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Pereira da Fonseca IDade: 24 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MZ 2,0 mg EV 12:05 h.
FNT 50 mcg SATISFATÓRIO

EF IC

Nº

10-01-20

AGENTES

LÍQUIDOS VENOSOS — JELCO M S E P — SF 500 — SF 500

DA X
ULSO ●
ANES X
OP O
TEMP □
ASPIR A
RESP O

°C 240 220 180 160 140 120 100 80 60 40 20
38 36 34 32 30
Expont
Assist
Contro

SIMBOLOS

AGENTES — DOSES

A Bupivacaína 0,5% 12,5 mg
B
C
D
E
F
G

TÉCNICA

RAQUIANESTESIA LOMBAR MEDIANA
PUNÇÃO SIMPLES VIA MEDIANA
POSIÇÃO VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA
NORMAL

GLICOSE — LÍQUIDOS
NDCD
SANGUE
SF 0,9% 1500 ml
TOTAL 1500 ml

Cânula - Nasal / Oro Faríngea
Nasal / Dorsal nasal - Cega
Bal - Temp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA
13:40

ANOTAÇÕES

X DORSAL ANTERIOR REGIÃO LOMBAR C/ ALCOOL E CAMPO FENESTRADO
- INFILTRAÇÃO PLANOS SUPERFICIAIS C/ LIDOCAINA 2% (40 mg)
- PUNÇÃO ESPAÇO SUBARACNÓIDE L3-L4 AGULHA 26 G.
- INJEÇÃO BUPIVACAINA 0,5% (12,5 mg)
① Ceftriaxona 1g IV
② P/ SRA

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

OPERAÇÃO

TTO cirúrgico de Fratura de Tornozelo Esquerdo

ANESTESIA — CÓDIGO — CIRURGIÃO Dr. Marcos

PERDA SANGUINEA
COMPATÍVEL

Dr Marcos

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:	Jeffeson Pereira da Costa				
DIAGNÓSTICO:	Fx exposta tíbia (D)				
ALERGIAS:		HAS		DM2	
IDADE:		LEITO		DATA	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	6/6 SN
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
10	Cefuroxima 600mg EV ou VO 6/6 h 26-12-2018	
11	Cefuroxima 600mg EV ou 600mg VO 12/12h	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
; EXAME FISICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA , SEM QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

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

SINAIS VITAIS				
6-H	PA	FC	FR	T
12 H				
~~18 H~~	134/84	119		36,2°
24 H	120×60	113	20	37,3

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente admitido as 14:40 procedente do C.C. em POI de Osteossintese de fratura de TNZ. PC

Administrado medicação das 18 hs cpm

Verificado SSVV. Téc Rosario
Coren 1584.93

Franciede 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

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	11/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	~~12 18 24~~ 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	~~12~~ 08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	~~12 18 24~~ 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO :-BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	**T**	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	124/75	87	—	36,3°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	137/83	120	—	36,1	TRAUMATOLOGIA
24 H	120x68	100	—	37,6	CRM-RR 1964

07 as 19 / 11/01/2020 } administrados medicaçes aferidos sinais vitais.

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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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
( ) 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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 Indigena: ( ) Não ( )Sim Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: _____

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

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

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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 continu: ( )Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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 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	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

_____

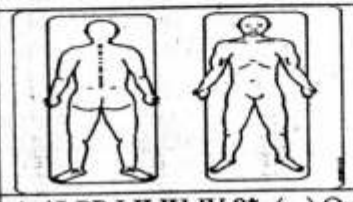
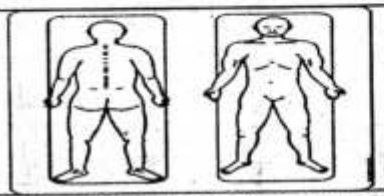
_____

_____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

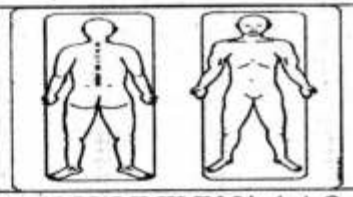
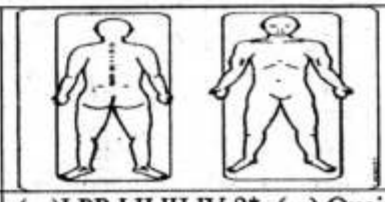
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	**Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR**	**Protocolo nº 1**	**Versão:08**	**Elaborada: 02/2013**	**Atualizada: 12/2018**
		Paciente: Jefferson Pereira Fonseca			
		Leito: 484-5		**Data:** 12/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___X Fixador Externo (X) ortopedia ( ) Outro: _____	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ 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 (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazína 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:	Francileude C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN-RS [illegible] Rozângela Miguel Deodoro Técnica em Enfermagem COREN-RS 629 703 Emiliana do N. Silva	
Observações:	_____	_____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Jefferson Pereira Fonseca			
		Leito: 404-3		Data: 13/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros Descamação
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGE
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE; Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE; Selma Dila F. da Silva Técnica em Enfermagem COREN-RR 954.631	Selma Dila F. da Silva Técnica em Enfermagem COREN-RR 954.631; Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE; Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Edema Local:

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 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	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
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

N 4104-5

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	**14/01/2020**

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNJ
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

Carlos Henrique Da Roca
CRM-RR 1964

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	127/84	141	—	36,1°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	120X70	104	20	36,5	TRAUMATOLOGIA
24 H	120x80	106	—	36	CRM-RR 1964

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 NEUROLÓGO

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

PUPILAS

( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática
( ) Isocóricas ( ) Anisocóticas ( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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
( ) 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 Cuidado Prev Quedas

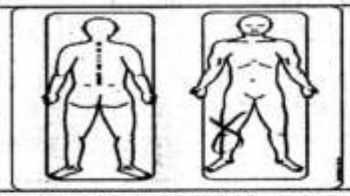
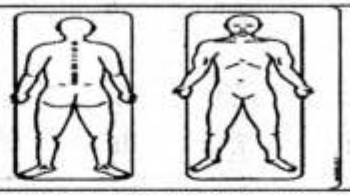
( ) Manter grades laterais elevadas
( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação
( ) Auxiliar o paciente na higiene
( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
( ) Manter cama com rodas travadas
( ) Necessidade de contenção ao leito
( ) Manter vigilância de ____/____horas.
(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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	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: 15 / 01 / 2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X) x3	 Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X)Trauma : ___Tração D 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 (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) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X)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:	Dayllene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554 / Emiliana do N. Silva COREN-RR 47.902-AE / Jeane Dare Paiva Loureto COREN-RR 487.031 - TE	
Observações:		

404-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR 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	404-5	DATA	16/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SW
2	AVP	manta
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	Jefe
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

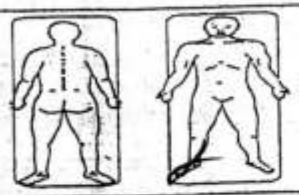
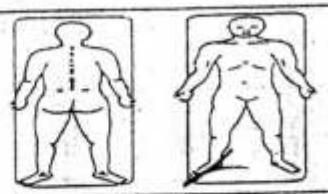
REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	128x79	79	—	36.0
18 H	140x80	107	—	36.1
24 H	110x87	101	18	36,8C
06H.	128x83	89	18	36,9C

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

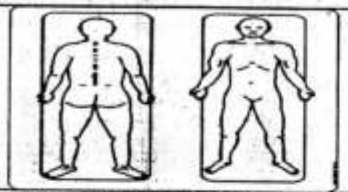
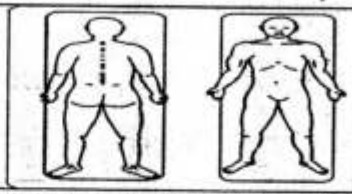
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	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: 16/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X) x2	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração (X) 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 ( )Macerado ( )seca (X) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) 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 (X) Outro: AGE	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152-TE; Renata Silva Rodrigues COREN-RR 445872-AE; Adonildo Vieira Araujo Técnico de Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152-TE; Renata Silva Rodrigues COREN-RR 445872-AE; Adonildo Vieira Araujo Técnico de Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:		

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Gleyerson Pereira Fonseca.			
		Leito: 404.3		Data: 17/01/2020	

Localização	 Região: MSD Grau: I ( ) II (X)	 Região: MSD. Grau: I (X) 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 X Eixador 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:	(X)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (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%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Juvanete Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN/RR 453.654	Gucilene / Ana
Observações:		

404

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jeferson Pereira da Fonseca CPFnº _____

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 retransferencia 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 clinicas 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 clinico e especializado;

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente; _____

Responsável:

1)Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

_____ CRM_____/_____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

M

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

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	
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
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	
7	PLASIL10MG 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	
12	SSVV + CCGG 6/6H	
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	

EVOLUCÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REALIZADO 120/66 84 36,7

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	140/87	92	—	36°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	140/90	102	—	36°C	TRAUMATOLOGIA
24 H	134/67	97	—	37,5°C	CRM-RR 1984

Ke eusa

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jeferson Pereira da Fonseca CPFnº _____

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 retransferencia 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 clinicas 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 clinico e especializado;

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1)Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

_____ CRM _____/_____

Assinatura/carimbo do Medico 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

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	Master
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	~~12 18 24 06~~ 08 20
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	~~06~~
7	PLASIL10MG 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	Curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H	Latina
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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	114/65	88	19	36,1C
18 H	103/85	95	20	36,6
24 H	108/69	93	—	37,3
06	115/71	89		36,2

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

07h as 19h * Paciente sem queixas; administrado medicações EV conforme Prescrição SSVV; Aux: Ane coren: 705252

Paciente deitado, administrado medicações horário regular sem queixas álgicas no momento

Marcelo Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 441.069 AE

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	19/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	Manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12 18 24 6
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL10MG 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	Retira/curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H	Retira
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	19	36°C
24 H	130/72	77	18	36,4°C

Dr. Marcos Aguiar
Médico Ortopedista
CRM/RR 1098

06H 134/80 74 20 36,8°C

obs: Apresentou reação alergica após item (03).

Reação alergica a clindamicina?

Ray 349965.

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

Data: 19 / 01 / 2020 Enfermaria: 404 Leito: 05

Nome Completo: Jeferson Pereira Fonseca 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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Edema Local:

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 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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 M Alergico a Dipirona

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1800

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	20/01/2020

ITEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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

Reação Alergica manha 12 4 06

SN

M Patrina

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REAH 06hPA: 115x74 P: 72 T: 36,3°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	112x76	102	—	34
18 H	130x81	96	—	37,6
24 H	111x76	87		37,0

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

AINL Cefazolina mundo nas costas Comunicado Plantonista. Avaliado pelo Dr Francisco Junior

Enfermeira
COREN/RR - 187277

* Alergia pela rifampicina item (3) 2104-5

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

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima

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	21/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H *Refere alergia	12:18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	06 18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN	21:00
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	1 dreno
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

SSVV. 06H
PA 110/70
FC 80
T 36,2

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	116x75	88	18	36,2°C	
~~18 H~~	120/68	89	18	36,4	
24 H	120/70	80	18	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 - perdigotos

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

Paciente Indigena: ( ) 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 Cardiacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

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: _____

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

1. Histórico de Queda	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxilio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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 alçance da mão
( )

Registro Geral:

_____

_____

_____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

AUTENTICADO
Certifico e Dou Fé que o presente cópia é fiel Reprodução Gráfica foi apresentado neste Hospital

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	22/01/2020

ÍTEM		HORÁRIO
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 VODE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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 DIABÉTIGO 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	

EVOLUCÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, . FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

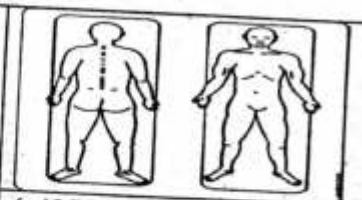
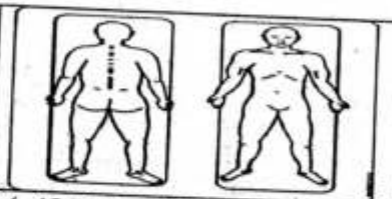
REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120x74	90	20	36,4
18 H	140/80	88	19	36,2
24 H	120x70	70	18	36,1

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	**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:** 22/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: pé Direito Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) 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 (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) 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:	Adonilda Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE; Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE; Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 1...	Adonilda Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE; Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE; Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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
( ) 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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:

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

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	**CLINDAMICINA**	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	**404-5**	DATA	**23/01/2020**

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	manhã
3		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	17h SN 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	
12	SSVV + CCGG 6/6H	12/12
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,, FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

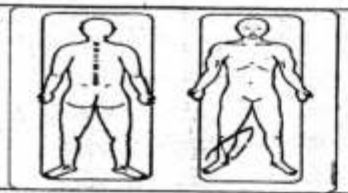
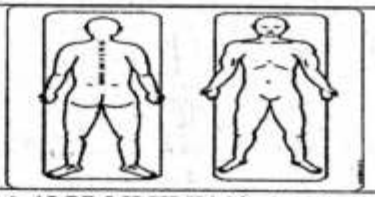
REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	**PA**	**FC**	**FR**		DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	130X80	75	20	36,8	
18 H	134/96	84	20	36.6	
24 H	113/80	87	20	36.4	
06	100/65	79	20	36.5	

As 17h pac refere dor
Administrado o item (5) pela
Téc Rosario

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:** 23/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I (X) II (X)	 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:
Aparência do Leito	(X) 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 (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) 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:	Lucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554 / Berenice Sônia Carlos Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.252 / Bruna Silva Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.252	
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 NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropan
( ) 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:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Edema Local:

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 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	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	24/01/2020

ÍTEM		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	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	
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	

EVOLUCÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO; ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS ÁLGICAS.

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

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	137/82	108	19	36 C
18 H	110X70	88	19	36,2
24 H	121x79	63	18	36.0

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

06 | 133x78 | 81 | 16 | 36.0

11:30

6:00 - Coletado exames laboratoriais.

24/01/2020, administrados medicações, aferidos sinais vitais, realizada coleta de exames laboratoriais

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 ( ) 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 ( ) Fillforme ( ) Arrítmico
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
Alterações:
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) 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
( ) 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 salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	25/01/2020	

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SF D manter
2	AVP	
3		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SF 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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	M Patrícia
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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

REATI

SINAIS VITAIS

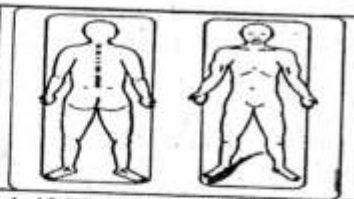
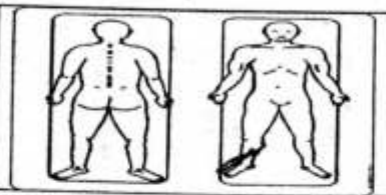
	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	136/93	89	36,3°C	
18 H	126/77	98		36°C
24 H	120/78	94		36,7°C

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

06:00 T 36.5 85 130179

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	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: 25/01/12	

Localização	 Região: MI D Grau: I ( ) II (x) x2	 Região: MID Grau: I ( ) II (x)
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 x 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 (x)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) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (x)Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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:	Renata Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152-TE Ana Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN/RR 934.622	Renata Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152-TE Ana Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN/RR 934.622
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

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	26/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	
3		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08:20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06:
7	PLASIL10MG 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	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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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 nSD G=20. Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado medicações cfm

REATI

Dr. Ilderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131|78	92	19	36C
18 H	110|58	106	—	37,3°C
24 H	113|89	91	22	36,6

Ocb deficite e funcionario

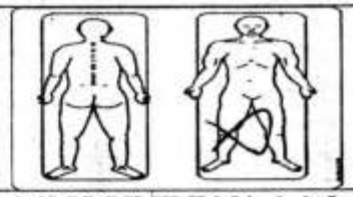
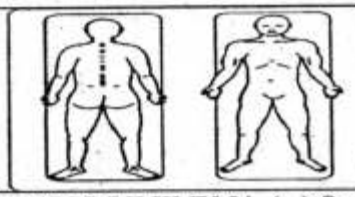
As 8:30 Trocado acesso venoso e administrado medicação cfm Verificado SSVV

Téc Rosana

Maria do Rosario Mello Vale
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 158.431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	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: 26/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I (X) II (X)	 Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração X 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 (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) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGE	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	DEODATO Joana Darc Rojas Loureto COREN-RR 621081 - TE	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 573.353
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 Indigena: ( ) Não ( )Sim Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

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

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) 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 ( ) Arrítmico
Exame Físico: Bulhas Cardiacas: ____ Pulso: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) 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 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	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	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 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

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	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNS. manhã
2	AVP	
3		06 - 20
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	SN 06h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG 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 Lotino
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	

EVOLUCÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

Dr. Jonas Gonçalves Aguiar
CRM-RR 566

Certifico que a cópia é fiel ao documento que foi apresentado

REATI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	111X69	94	-	35.9
18 H	110X70	81		36°C
24 H	117/75	112		36,2°C

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

27/01/2020 administrados medicacas aferido sinais vitais das 07 as 13

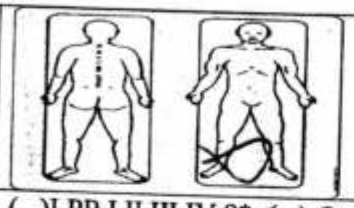
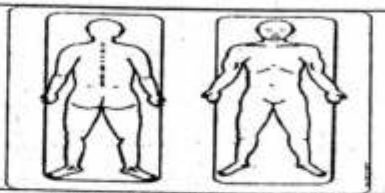
06 h PA 100/62 Paciente em repouso, administrados medicacas sinais vitais
P 103
T 36°2

Marilene Prazão
Técnica em Enfermagem
COREN 115

Marilene Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 1009 AE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Fortaleza	**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 Grau: I (X) II (X)	 Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ 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 ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) 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:	MÔNICA Emiliana do N. Silva COREN-CE 818.356 Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-CE 818.356	
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	Jefferson Pereira da Fonseca				
DIAGNÓSTICO	Osteossíntese de fx de pilão tibial				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	28/01/20

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18 24 06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	06-06-14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H SUSP	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	20-08
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Robina
14	CURATIVO DIÁRIO	curativo
15	Teroricam 40 mg ev 12/12 hrs	20
16	Gentamicina 240 mg ev 12/12 hrs	20
17		
18		
19		
20		
21		

Dr Martin Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#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	128x66	84	21	36.1°C
06H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00
Administrada medicação de horário conforme prescrição médica

Obs: Paciente retornou do C.C. em BOI de Tenorrafia em região de fratura de pilão tibial.

Fisioterapeuta
CREFITO-8/[illegible]-F

404-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR 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	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020

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	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

Dr. Ricardo P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

REATI

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

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

OBS: Paute no C.C.

FISIOTERAPEUTA
CORREN-PR 253.402 - ENF

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

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

ÍTEM		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	PLASIL10MG 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, , FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEMQUEIXAS 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.

Dr. [illegible]
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676

REATI

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

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

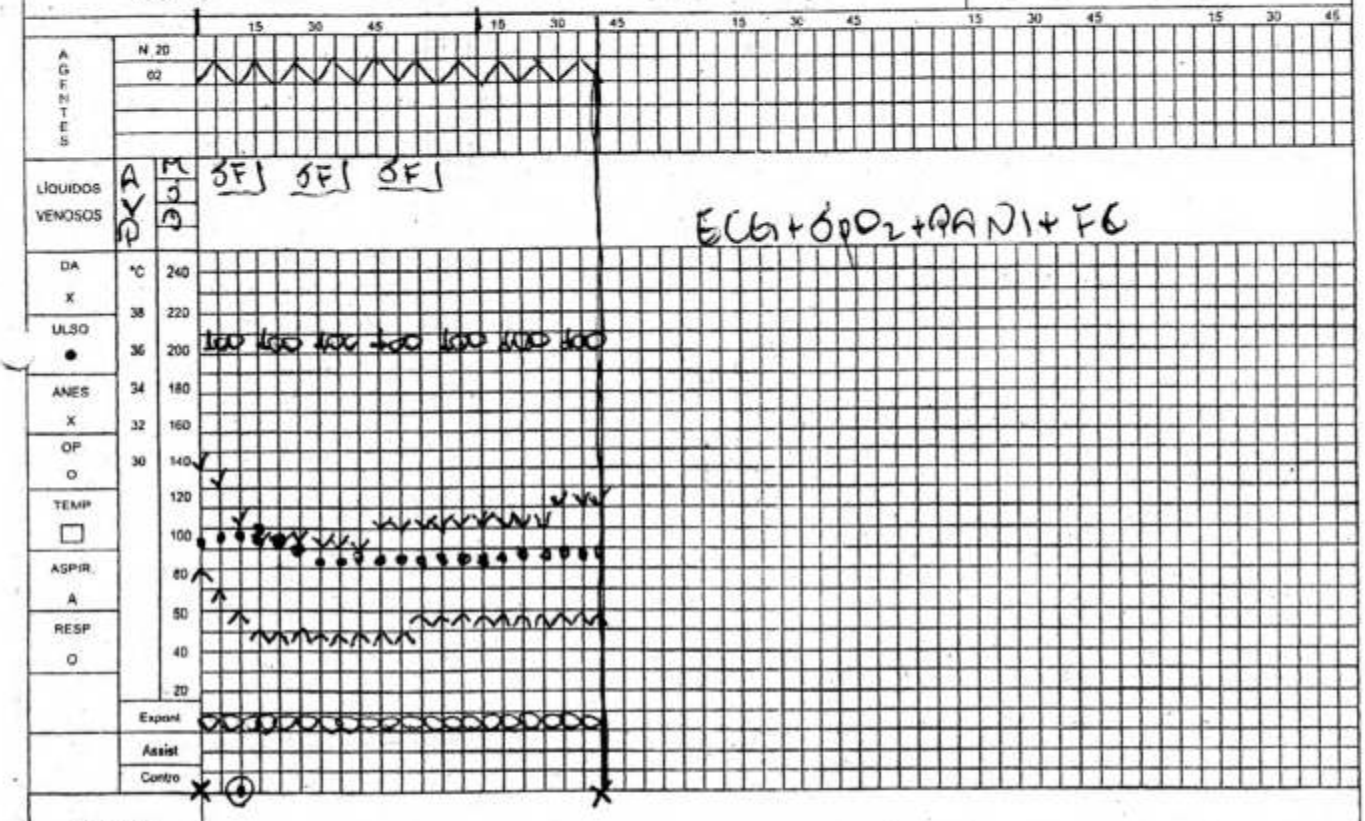
Jeferson Pereira da Fonseca, M, 24a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

13:50 15:00

Nº

28 01 2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Bupivacaína hiper	20 mg.	Raquianestesia
B Midazolam 5 mg		hiperbárica + sedação + ventilação es-
C Fentanil 100 mcg.		pontânea
E		
F		
G		

GLICOSE	LÍQUIDOS
NDCO	
SANGUE	SF 1500 ml
TOTAL	

Cânula - Nasal / Oro Faríngea
Nasal / Orotraqueal - Cega
Bal - Tamp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

ANOTAÇÕES

X- Checagem + monitorização.
1- Fentanil 150 mcg IV
2- Midazolam 2,5 mg IV
3- Sentado
4- Anestesia SA/L3-L4/anestésica/Bupivacaína 26/LCR ⊕.
5- Dg. A, via SA.
6- DDH.
7- Ceftriaxona 1g IV
8- Cetoprofeno 100 mg IV
9- Dexametasona 10 mg IV

OPERAÇÃO Tratamento cirúrgico de fratura de pilão tibial

Lanargo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Tucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA Dr. Helder CÓDIGO

CIRURGIÃO Dr. Vitor M.

PERDA SANGUÍNEA Compatível.

Dr Daniel Helder Bernardino MÉDICO CRM-RR 1712

Dr. Bruno.

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Jeferson Pereira da Fonseca

Data de Nasc: 12 / 04 / 1995 Idade: 24 a Setor/Leito: 404-5 Data: 28 / 04 / 20

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Fratura Pilão Tibial (D)

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: Clindamicina
- Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (✓) Não
- Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
- ( ) Deambulando
- (✓) Consciente
- ( ) Com Suporte de O2
- ( ) TOT
- ( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
- T – °C
- R _____ rpm
- FC 117 bpm
- PA 130/90 mmhg
- SAT 98 %
- (✓) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Pac. oriundo da SRPA P/ Sto cirurgia P. Tib. Sibal (D). Vaga HMS e ciente.

Jeferson

Coren 617171

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
13:25	13:05	14:20	15:40	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Ost. fratura pilão tibial (D)	Raque	Dorsal

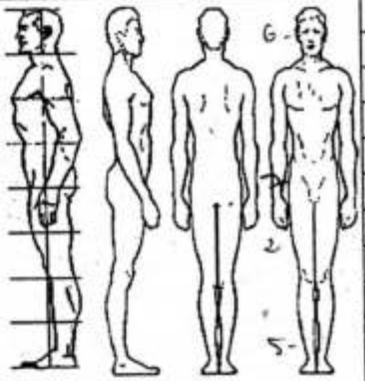
Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 1500 ml	Nome: Ceftriaxona	CH:
SG 5%:	Dose: 1 g.	Plasma: /
Outros:	Hora: 14	Plaquetas: /

N° de Compressas oferecidas: 15
N° de Compressas recolhidas: 15

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros: _____

Anátomo Patológico:
( ) Não
( ) Sim
N° Peças: _____
( ) Cultura
( ) Outros: _____

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT (X) Não ( ) Sim N° ____
12. SVD (X) Não ( ) Sim N° ____
13. Outros: _____



Sinais Vitais: Saída da SO

T ____ °C R ____ rpm FC 97 bpm
PA 144 x 62 mmhg SAT 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

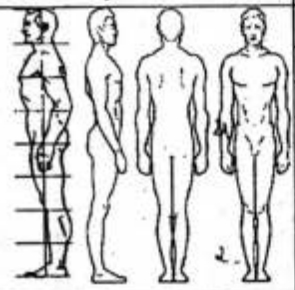
Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raque	Ost. fratura pilão tibial (D)

Localização

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros: _____



Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'						
15'						
30'						
45'						
1h						
01: 30 h						
2 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CH	SNG/ Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto		Dreno/Qual	Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

15:50h. Admitido na vpa, em pos ost. frat. Pilão tibial (D) sob anest. raque. Em uso de curativo em F.O + O2 sob cateter nasal. Liberado da vpa, acordado.

José Luciano dos Santos
COREN-RR 352.112 - ENF
Enfermeiro

UK

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

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		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteossintese de Platô Tibial D"	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 Hilmo
		TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☑	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
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 SUCÇÃO 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 RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Luciano e Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

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: HOR

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOR

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Jefferson Moreira da Fonseca

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:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura de Tornozelo + Dedão D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Trat Cirurgico

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
RQE 693 TEOT 10488
CRM/ERR 1047

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx Tornozelo + Dedão D.

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossintese Fx Tornozelo + Dedão D.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: Ortop

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Bruno F. Ortop

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/01/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr Marcus Brunner — Ortopedia e Traumatologia — CRM/ERR 1047

Dr. Marcus Montenegro — Ortopedia e Traumatologia — CRM/ERR 1047

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28/01/20 O.S.

Jefferson Pereira
64 Anos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx de TNZ + Perna (D).
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTO cirúrgico
TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese Fx TNZ + Perna (D).
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
RQE 80268 | 10488
CRM/RR 1047

CIRURGIÃO: Dr. Bruno F. AUXILIAR: Dr. Vitor M.
2º AUXILIAR: Dr. Guerreiro INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: Dr. Hasan ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0020
AUTENTICAÇÃO
2020
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução do original que foi apresentado nesta Unidade

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente em DHE sob BNM
(2) Antissepsia + Assepsia + colocação de campo.
(3) Incisão lateral em TNZ. (D).
(4) Ferimento + fixação c/ placa 1/3 LCP em fíbula.
(5) Incisão anterior medial, redução + fix. c/ placa bloqueada 4,5 de tíbia.
(6) Hemostasia + revisão hemostática.
(7) Sutura + curativo

Dr. Vitor Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 998

Cirurgião: Dr. Vitor e Dr. Bruno.

Dr Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19178RR

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO 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 20012076 66	Data 28/01/2020
Bloco: D	Enfermaria: 404	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Dvonde e Hilmo	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:
cx. de pequenos fragmentos
cx. de pequena cirurgia

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)	Dados Adicionais:	Marca:

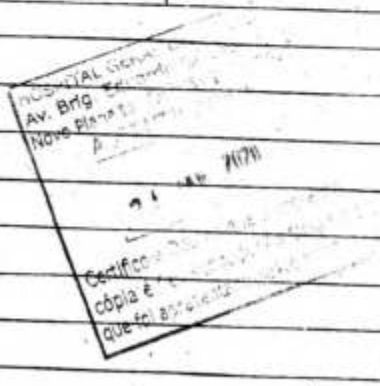
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
	PLACA TERÇO DE CANA 8 FUROS	01
	PARAFUSO CORTICAL N: 12	02
	PARAFUSO CORTICAL N: 14	02
	PARAFUSO ESPONJOSO N: 18	02
	PARAFUSO CORTICAL N: 32	01
	PLACA PILÃO TIBIAL BLOQUEADO 5 FUROS	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N: 14	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N: 34	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N: 36	01
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N: 40	02
	PARAFUSO AUTOBROQUEANTE N: 30	03

MÉDICO CIRUGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Res. Marcelo Marques
Res. Marco Brunner
Res. Pedro

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ( )	Nome da Empresa:SIRIUS ( ) /SINTESE ( ) /QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT



Dr Marcus Brunner
CRM

MÉDICO CIRUGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA | *ANTES DA INCISÃO* | *ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES*

Nome Jeferson Pereira de Sousa
Responsável Cirurgião _____

Anestesista Heloiza Bernardino / Res. Daniel

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
- (X) Identidade
- (X) Sítio Cirúrgico
- (X) Procedimento
- Consentimento (X) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
(X) Aplica ( ) Não se Aplica ASA I

SÍTIO DEMARCADO
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Cloridamicina
( ) Não (X) Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(X) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

_____
Assinatura

Data 28/01/2020 Hora: 12:00

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
- (X) Identificação do paciente
- (X) Sítio cirúrgico
- (X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) 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.
(X) Sim
( ) Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (X) Não

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

Rebeca M... Enfermeira Coren RR 29.114 ENF
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 TNE e pilão tibial Dir.

NO DIA 28/01/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de TNE e pilão tibial direito SENDO
OPERADO PELO DR. Bruno Fagundes E DR. Ulton Montenegro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/01/20 AS 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 AS 7 horas, COM O
DR. Bruno Fagundes

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO AUTENTICAÇÃO

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

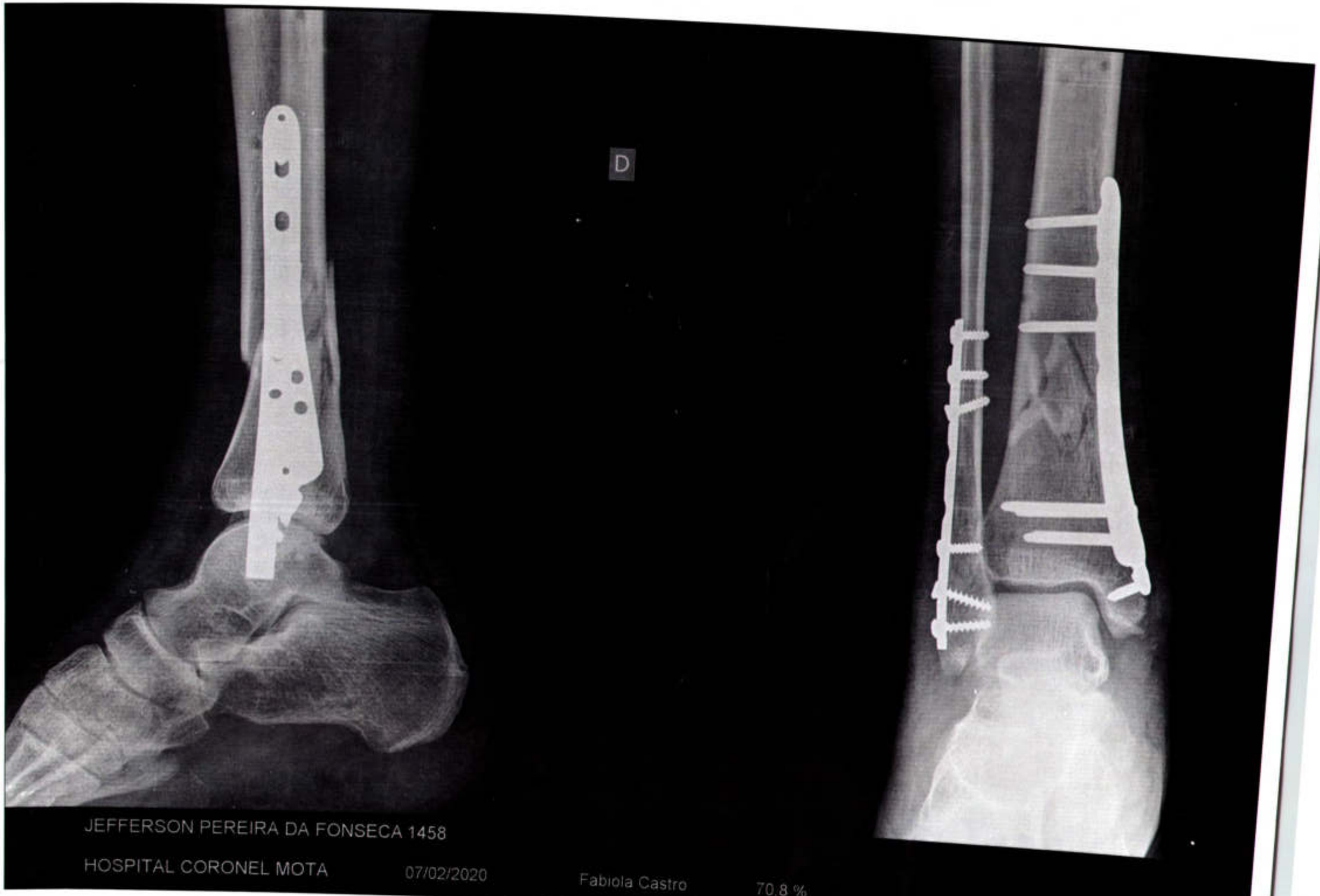
30/01/20

BOA VISTA, ____/____/____

RECONHECIMENTO AUTENTICAÇÃO NO VERSO

MÉDICO

JEFFERSOII PEREIRA DA FONSECA .
BL D 4045
30/1/2020 07:35:27
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
40,3 %
D


D
JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA 1458
HOSPITAL CORONEL MOTA
07/02/2020
Fabiola Castro
70.8 %

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA ,
BL D 404-5
30/1/2020 07:35:27
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
49,3 %
D

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE: **SANTA INÊS - MA**

DATA DE NASCIMENTO: **09/12/1978**

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista de Polícia Civil
Diretor do IIDC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DÍLIO CRUZ
Polegar Direito
Jefferson Pereira Fonseca
ASSINATURA DO TITULAR
DE IDENTIDADE
REGISTRO GERAL
336145-4
DATA DE EXPEDIÇÃO
12/07/2016
NOME
JEFFERSON PEREIRA DA FONSÊCA
FILIAÇÃO
ILSON RODRIGUES DA FONSÊCA
JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA
NATURALIDADE
BOA VISTA - RR
DATA DE NASCIMENTO
12/04/1995
DOC ORIGEM
CERTO NASC 82.637 FLS 189 LIV A-121
BOA VISTA-RR
CPF
967.343.292-91
AMADEU ROCHA TRIANI
2 VIA
LEI Nº 7 16 DE 29/06/83

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**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jefferson Pereira da Fonseca
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autonomo RG: 366145-4
CPF: 967.393.292-91 ENDEREÇO: R: Murilo I, cidade 1523
BAIRRO: Silvio Leite CIDADE: Boa Vista
CEP 69.314-348

VÍTIMA: Jefferson Pereira da Fonseca
CPF: 967.393.292-91 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Fiamco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autonomo
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 Lauro Moreira

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 transito, 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 20 20

x Jefferson Pereira da Fonseca
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA **Data do acidente:** 10/01/2020

CPF: 967.343.292-91 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01107/01108 - carta_01 - INVALIDEZ
00030554

Carta nº 15995653

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01585/01586 - carta_15R - INVALIDEZ

00020793

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	967.343.292-91	Jefferson Pereira da Fonseca

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Jefferson Pereira da Fonseca			967.343.292-91
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autonomo	R: Murilo Teixeira	1523	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Silverio Leite	Boa Vista	RR	69.314-348
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):
			99113-3855

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00013447 9 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do Vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista-RR 7 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jefferson Pereira da Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

FPS.001 V002/2019

Fls: 1
Visto:

Boa Vista, 21 de Julho de 2020
Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

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 Arruda 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	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON PEREIRA DA FONSÊCA (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 Fonsêca

Documento(s)

CPF: 967.343.292-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Murilo T Cidade Nº: 1523
Complemento: casa
Bairro: Dr. Silvio Leite CEP: 69.314-348
Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 542.570.502-68
Placa NAZ8798
Renavam 01061388708
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 Adulterado? Não
Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2020
Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS - RECALL - RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Pereira da Fonsêca	Proprietário

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 ostá UP para rolatar o seguinte fato: Que no dia 10/01/2020, por volta das 10h:00min da manhã, o comunicanto trafogava em sua motocicleta particular, de marca, modelo XTZ250 LANDER, Place NAZ-8798; QUE nesto momento trafegava na rua Rua Paulo VI, em sentindo 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 olevação no asfalto, que tentou frear bruscamente, porém sem êxito, colidindo com essa elevação, que em soguida o comunicante foi arremessado uma grande distância do ponto de colisão; Que perdeu a lucidez por alguns minutos, e quando despertou não consoguia movimentar seu corpo, que alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço do 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 comunicente 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 ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei 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
Escrivão de Polícia
Matrícula 42000511
Responsável pelo Atendimento

Jefferson Pereira da Fonsêca
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista 21 de julho de 2020

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	967.343.292-91	Jefferson Pereira da Fonseca

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Jefferson Pereira da Fonseca			967.343.292-91
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autonomo	R: Murilo Teixeira	1523	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Silverio Leite	Boa Vista	RR	69.314-348
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):
			99113-3855

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00013447 9 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do Vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista-RR 7 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jefferson Pereira da Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

FPS.001 V002/2019

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

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0072314-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-8

Nº da Nota Fiscal 4437472

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 968/13

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

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	263	238,50

JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA CPF: 000323370352O4
R. MURILO T CIDADE 1523 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-348 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	16058
Anterior:	15795
Dias de consumo:	31
Constante de Multiplicação:	1
Consumo medido:	263
Consumo Faturado:	263

DATAS DA LEITURA

Atual:	17/01/2020
Anterior:	17/12/2019
Próxima leitura:	17/02/2020
Emissão:	19/01/2020
Apresentação:	20/01/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B1/B1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL/RESIDENCIAL
Ligação:	TRIFÁSICO
Número Medidor:	L3T0T01814
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	N 14/5683

DESCRIÇÃO DA CONTA

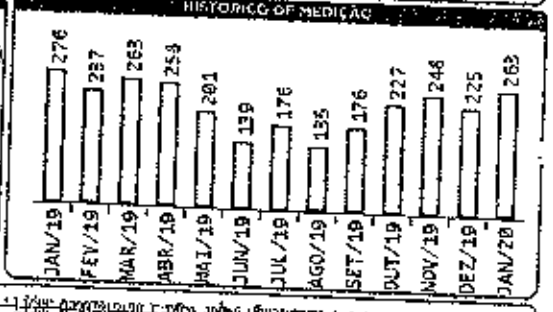
CONSUMO	263 A R$	0,760481 =	200,00
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00			0,08
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00			1,00
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00			0,02
MULTA POR ATRASO 11/19-00			3,83
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00			0,12
ILUMINACAO PUBLICA			33,45

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R$ 263 - 0,617779

Média 12 meses: 215

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Favorecer! Até o dia 16/01/2020, não constatamos faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 09FF.A145.DAF4.DCC6.34F0.F99B.7187.4D4F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	[illegible]	Encargos:	[illegible]
Distribuição:	[illegible]	Tributos:	[illegible]
Transmissão	[illegible]		

IMPOSTOS CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:			
200,00	ICMS:	[illegible]	[illegible]
	PIS:	[illegible]	[illegible]
	COFINS:	[illegible]	[illegible]

INDICADORES DE CONTINUIDADE

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
[illegible]	0,58		1,00			0,58	

ROT: 11.001.19.09.703700

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garces, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-8

SEU CÓDIGO 0072314-2

TOTAL A PAGAR - R$ 238,50

MÊS FATURADO 01/2020

VENCIMENTO 16/02/2020

Nº da Nota Fiscal 4437472 FCAM*

83640000002 9 38500075000 5 00000000072 9 31420120008 1

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. [2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 826.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Pereira da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.292-91

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.292/91, 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: Rua CC 11	Número: 994	Complemento:
Bairro: Laura Moreira Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69 318-050
E-mail: Wfranco992@gmail.com		Tel.(DDD): 99113-3855

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

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante