

PRESCRIÇÃO N. 11CA - Aprazamento

DT Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Nº Prescrição: 002778771

01/09/2020 às 06:00

Peso: 80,00 kg

Leito: 1018/1

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

SAZOS

Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição
------	-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------

ALAMET

2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD
1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD
1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2
2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR
1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	KEFAZOL FRAP 1 UD
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1	10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1
5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 5
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA
1	3RCHOPRIA 10MG/2ML SOL 1W AMPL 2ML 1		

DIPIRONA AMP

1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1
1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD
2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD
5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML
2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1
1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA
1	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML
15	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 15
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1

CETOPROFENO IV

1	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1
1	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1
2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA
10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML
2	AGULHA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 UD
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML TUBO 100 ML 1
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1
5	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 5
4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR
1	CEFAZOLINA SODICA
1	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML 1

Jordana Brito
COREN-CE 53229-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 02/09/2020 16:31

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

DL Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027781606
Leito: 101871
Atendimento: 68564444
as 06:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 14511444

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ALERGIA:
Suplemento

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
Prescritor: CRM-14045									
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7	gls/min	Acesso Periférico	03/09 - 05:00		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml						
Prescritor: CRM-14045									
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (F-RAP C/1GR)	8/8h	EV					
Água Destilada	10ml								
Prescritor: CRM-14045									
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (F-RAP C/100MG)	8/8h	EV					
Soro Fisiológico 0,9%	100ml								
Prescritor: CRM-14045									
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV					
Água Destilada	18ml								
ALERGICO									
Prescritor: CRM-14045									
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV					
Soro Fisiológico 0,9%	100ml								
Alta vigilância									
Prescritor: CRM-14045									
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV					
Água Destilada	18ml								
Prescritor: CRM-14045									
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO									
Prescritor: CRM-14045									
9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE									
Prescritor: CRM-14045									

11:00 PCT ENCONTRA-SE NO CENTRO CIRU ;
17:00 : 23:00 : 03/09 - 05:00 ;
ALERGICO

Vanessa Viana MONTENEGRO
CRM-14045 - ENF

Italo Furtado
CRM-14045 - ENF

1 RISCO DE QUEDA
1 RISCO DE UPP
1 RISCO DE FLEBITE
1 RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
1 RISCO DE...

PREScrição Médica - Aprazamento

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dr. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0027781606	02/09/2020 às 06:00	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	Peso: 80.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS
10- PUNÇÃO C/ JEICO Prescritor CRM-14045	SN
11- SINAIS VITAIS Prescritor CRM-14045	
12- GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor CRM-14045	
13- RETIRADA DE DRENO DE IPSS/EXIMAOCRM-14045	SN
14- CURATIVO COM ATADURA E GAZE ARREGHIAUTADUE CRM-14045	03/09 05:00
15- COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor CRM-14045	SN

Profissionais: CRM-14045

HERMINIA MOREIRA COELHO DA COSTA

Reservatório para o SMD

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
— ☒ Indica item checado.

Vanessa Viana M.
COREN/CE 454354-ENF

Estado de Minas Gerais
Município de São João del-Rei
6218

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 02/08/2020 16:31

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027781606
Leito: 1018/1
Atendimento: 68564444
às 06:00
Peso: 80.00 kg

Promuário: 14511444

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

PLAMET

SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1		SERINCA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1		TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	REF AZOL FRAP 1 UD	1
SERINCA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1		SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	
SERINCA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML 1	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		

DIPIRONA AMP

SERINCA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 30	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4
SERINCA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 2	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	
TAMPA CONE LUER - 1 UD	2

CETOPROFENO IV

ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 5	
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	
SERINCA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	
SERINCA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	

CEFALOTIMA SODICA

ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 5	
---	--

RF1531

VANESSA VIANA MORTENHO

02/08/2020 16:31

IP- 192.85.4.101

Vanessa Viana M.
CORREIO: 454334 - ENF



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/09/2020 10:54

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27794080 02/09/2020 às 10:48
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 217-RP/1 Enfermeiro(a): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Mantido: [1] OK

Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: GALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

Mantido: [1] OK

Mantido: [1] OK

Leandro

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
02/09/2020 10:59 AM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27794248 02/09/2020 às 10:54
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 217-RP/1
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXÍMETRO DE PULSO

Mantido

MONITOR CARDÍACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRÃO RESPIRATÓRIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid Sampaio Lima
400703

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 10:44

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 217-RP/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

Nº: 58068223 02/09/2020 às 10:33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

10:30 - J. L. S. B. 52 ANOS DN: 18/08/1967. ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE TÍBIA REALIZADO PELO DR BRUNO.

[1]

HD: FRATURA DE TÍBIA.

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

ALERGIA: DIPIRONA.

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. COM AVP EM MSD FUNCIONANTE. PULSEIRA EM MSE. DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO. EVACUAÇÕES AUSENTES. CURATIVO INTEGRAL. SEM QUEIXAS ALGICAS. AGUARDA ALTA ANESTÉSICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 124 X 66 MMHG, FC: 58 BPM, FR: 18 RPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS. —

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONECÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

ENFA: LORETHA

AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 27796416
Leito: 1018/1

03/09/2020 às 06:00

Atendimento: 6856444
Prontuário: 14511444
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		33h	ORAL			CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única						CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	Vol Total 20.83 ml	500 ml		7.00 g/min		
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	500 ml	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV	CRM-8260
4. CEIOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	100 ml	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-8260
5. DIFENONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML 18 ml	(AMP C/ 500MG)	6/6h	EV	CRM-8260
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML 100 ml	(AMP C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-8260
7. PLAMEI (5.00mg/ml)	10mg	2 ML 18 ml	(AMP C/ 10MG)	8/8h	EV	CRM-8260
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO + S+GAZE ACOCHOADA						CRM-8260
10. PUNCAO C/ JELCO						CRM-8260
11. SINAIS VITAIS						CRM-8260
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC						CRM-8260
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ETER						CRM-8260
16. Alta em: 03/09/2020						CRM-8260
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA						CRM-8260

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia | Traumatologia
CRM-8260

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]		Nº: 58016286	31/08/2020 às 21:05

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	39 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Nº Atendimento	68564444	[1]

DADOS DO PACIENTE

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
--------------------------------------	---------------------	-----

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
-----------------------	---	-----

COMORBIDADES
GRAU DE INDEPENDÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	FIXAÇÃO EXTERNA TEMPORARIO DE PERNA ESQUERDA	[1]
------------------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES
ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
----------------------	--------	-----


 Dr. Degenaldo Holanda Chaves
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMER 13202

01/09/2020 08:20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/1

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]

Nº: 58025418 01/09/2020 às 08:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO**Evolução Do Paciente**

1º POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA EM PERNA ESQUERDA, SEM
INTERCORRENCIAS.
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA COM LINFEDEMA QUE INCAPACITA A
SÍNTESE DEFINITIVA
CONDUZA - VPM

[1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CF/R260

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/09/2020 10:37

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]		Nº: 58067075	02/09/2020 às 10:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCTE VEIO PARA P CC PARA RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA CD VPM	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

Handwritten signature
FREDERICO THALES DE VASCONCELOS
MÉDICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 10:44

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 217-RP/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

Nº: 58068223 02/09/2020 às 10:33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

10:30 - J. L. S. B. 52 ANOS DN: 18/08/1967, ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE TÍBIA REALIZADO PELO DR BRUNO

[1]

HD: FRATURA DE TÍBIA

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

ALERGIA: DIPIRONA

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSD FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO, EVACUAÇÕES AUSENTES, CURATIVO INTEGRAL, SEM QUEIXAS ALGICAS, AGUARDA ALTA ANESTÉSICA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 124 X 66 MMHG, FC: 58 BPM, FR: 18 RPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS.

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

ENFA: LORETHA

Loretha 400703
AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSIO 18

Dt. Nasc. 12/04/1981
Nº Prescrição: 27796416
Leito: 10181

03/09/2020 às 06:00

Atendimento: 68564444
Prontuário: 14511444
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE

3x3h ORAL

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20 E3

Vol Total
mL

500 mL

500 mL

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEF AZOLINA SODICA (1.00g)
(D1/2)

1g

1 FRAP

(FRAP C/1GR)

8/8h

EV

CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML

(AMP C/500MG)

6/6h

EV

CRM-8260

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMP C/100MG)

8/8h

EV

SN

CRM-8260

Ata Vigência

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML

(AMP C/10MG)

8/8h

EV

CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAIS VITAIS

CRM-8260

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSAO COM ETER

SN

CRM-8260

16. Alta em: 03/09/2020

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Alta dada por RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-C.F. 87560

Recebido em 03/09/2020 às 08:33
Assinado por GOREN 552

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:05

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]	Nº: 58016286	31/08/2020	às 21:05

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	39 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Nº Atendimento	68564444	[1]

DADOS DO PACIENTE

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid	[1]
-------------------------------	--------------------	-----

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES
GRAU DE INDEPENDÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	FIXAÇÃO EXTERNA TEMPORARIO DE PERNA ESQUERDA	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES
ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
---------------	--------	-----


 Dr. Deginaldo Holanda Chaves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 13202

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:47

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 58017395 31/08/2020 às 21:46

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A FIXACAO EXTERNA EM PERNA
ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS.

[1]

CD: A SR

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]


Dr. Deginaldo Holanda Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13202

01/09/2020 08:20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuario: 14511444
Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1B Leito: 1018/1
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1] Nº: 58025418 01/09/2020 às 08:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA EM PERNA ESQUERDA, SEM
INTERCORRENCIAS.
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA COM LINFEDEMA QUE INCAPACITA A
SÍNTESE DEFINITIVA
CONDUZA - VPM

[1]

CID 10

582 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE/8260

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/09/2020 10:37

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]		Nº: 58067075	02/09/2020 às 10:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCTE VEIO PARA P CC PARA RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA CD VPM	[1]
CID 10	S62 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

[Handwritten signature]
FREDERICO THALES DE VASCONCELOS
MÉDICO
CRM 11332

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/09/2020 08:30

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 58100732	03/09/2020 às 08:29

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM HIB EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS ALTA HOSPITALAR	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]


Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Data de Internação:

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): _____ para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____

+ JOSE LUIS DA SILVA

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____, CRM N° _____, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura/ Carimbo do Médico

Dr. Douglas Holanda
CRM 8123
Ortopedia e Traumatologia

hapvida

Faz sempre você

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc.

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente credenciados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico

a seguinte alternativa anestésica

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

02 de 09 de 2020

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: X José Luis

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Dr. Gustavo Henrique Silva Amenz
Médico
CREMEC 21230

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente: <u>Jose Luis da Silva Belarmino</u>
Data de Nascimento: <u>12/04/1981</u> Data de Internação: <u>02/09/20</u>

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): _____ para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Jose Luis da Silva Belarmino RG: _____

Data de Nascimento: 12/04/1981 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 02 de setembro de 20 20.

Jose Luis da Silva Belarmino

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____, CRM N° _____, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura: _____

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11332

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente:

Passagem:

Leito:

Prontuário:

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
						Sólidos: _____ Líquidos: _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO
AVALIAÇÃO CLÍNICA
Cardio-circulatório
☐ Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão
☐ Angina
☐ Coronariopatia
☐ Infarto do miocárdio
☐ Insuf. Cardíaca
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Valvulopatia
☐ Arritmia
☐ Angioplastia
☐ DVP
☐ AAA

Respiratório
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Expectorção
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Asma
☐ Tuberculose
☐ DPOC

Gastrointestinal/hepático
☐ Ref. Gastro-esofágico
☐ Úlcera péptica
☐ Vômito/ diarreia
☐ Rábia de hiato
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Gastrite
☐ Hepatite
☐ Icterícia
☐ Cirrose

Neurológico
☐ Convulsões
☐ Dormência/ fraqueza
☐ Lesão medular
☐ Outras

☐ Negativo
☐ AVC
☐ Cefaleia
☐ PIC

Renal
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Diálise

Hematológico
☐ Transfusão prévia
☐ Anquetopatia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Coagulopatia
☐ Anemia

Musculo esquelético
☐ Dor lombar
☐ Musculodistrofia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Artrite

Endócrino
☐ Diabetes tipo
☐ Patologia da tireoide
☐ Outras

☐ Negativo

Câncer
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Radioterapia

Infeccioso
☐ HIV
☐ Outras

☐ Negativo

Gravidez
☐ Idade gestacional _____ semanas

☐ Negativo

Crianças abaixo de 1 ano
Condições de Nascimento
☐ Negativo

☐ Internação ☐ Alta com a mãe

☐ Termo
☐ Pré-termo:

☐ Idade gestacional _____ semanas

☐ Idade pós-conceitual _____ semanas
 (idade gest.+idade atual)

Hábitos Sociais
☐ Tabaco
☐ Álcool
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Cigarros/dia
☐ Drogas

Alergias
☐ Negativo

Tipo/Agente	Reação
<i>Não</i>	

Cirurgia/anestesia prévia ☐ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
<i>Não</i>	<i>Não</i>	

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☐ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☐ Não

Exame Físico

Cardíaco _____

Resp. _____

Neuro _____

Regional _____

Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Não
Via aérea
História de via aérea difícil
☐ Sim ☐ Não

Mallampati
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo
Outros
Hemorragias ☐ Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico
Não

Comentários sobre os achados

Anestesiologista

CRM

DATA
HORA
Dr. Gustavo Henrique Silva Almeida
Médico
CREMEC/21299


hapvida

Faz bem pra você

Presenciar quando não houver anestesia

Nome completo (paciente)

CPF

Endereço

Cidade

JOSE LUIS DA SILVA
Data de nascimento: 12/11/1981
390

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico e seguinte alternativa anestésica

Blagoviz Espinhart

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSAVEL

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

31 de Maio de 2021

Hora: 20:20

Nome legível: JOSE LUIS DA SILVA BELTRÃO

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Nome legível, CRM e visto

Edmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiológista
CRM-MC 19714

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver anamnese.

Paciente: João Luís da Silva

Possuente: _____ Lado: _____

Prontuário: 1451144

PESO (kg) +80kg ALTURA (cm) 120/60 PA 60 FC DR FR 16

JEJUM (hrs) 2-7h Sólidos _____ Líquidos _____

DOR Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fantasia Libin e 1. Exatidão Extrema

Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angiopatia ☐ DVP ☐ AAA	Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Infecções ☐ HIV ☐ Outras _____	Exame Físico Cardíaco _____ Respiratório _____ Neuro _____ Regional _____ Outros _____ Laboratório Ht _____ Plaquetas _____ Glicose _____
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Gravidez ☒ Negativo Idade gestacional _____ semanas	☒ Negativo Crianças abaixo de 1 ano Condições de nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo:	Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas Idade gest. - idade atual) _____
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/diarréia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obstr. Intestinal ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Colecistite ☐ Cirrose	Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Cigarros/dia ☐ Drogas	Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia) _____ _____ _____ _____ _____
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ PIC	Alergias ☒ Negativo Tipo/Agente _____ Reação _____	☒ Negativo Tipo/Agente _____ Reação _____	Via aérea História de via aérea difícil ☒ Sim ☒ Não
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Diálise	Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo Cirurgia Anestesia Dados relevantes _____ _____ _____	☒ Negativo Cirurgia Anestesia Dados relevantes _____ _____ _____	História de náuseas/vômitos no pós-operatório ☒ Sim ☒ Não
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopenia ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☒ Sim ☒ Não	☒ Negativo ☐ Sim ☒ Não	Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U. Conc. Glob.
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Miopatia/distrofia ☐ Outras _____	☒ Negativo ☐ Artrite	Histórico familiar - problemas com anestesia ☒ Sim ☒ Não	☒ Negativo ☐ Sim ☒ Não	Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☒ Sim ☒ Não
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireoide ☐ Outras _____	☒ Negativo	Planejamento Anestésico <u>Região 1451144</u>	☒ Negativo	Planejamento Anestésico <u>Região 1451144</u>

Comentários sobre os achados

João Luís da Silva 1451144

31/03/2000

Dr. Elmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiologista
CREMBC 19714

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

Nome do paciente: José Luis da Silva Belardino	Data de Nascimento:
Nº do prontuário: 1431444	Data de admissão: 31/08/20
Leito: M3	Data da realização da escala: 31/08/20

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	1	Não	1
		4	Sim	
			SOMA DOS PONTOS:	5

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

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

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

NOME COMPLETO DA PACIENTE Joelys de Silva Beltrami DATA DO NASCIMENTO 12/01/81

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência - Acuerma DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 31/08/20

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

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

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

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

RESULTADO: RISCO ALTO()

RISCO MODERADO()

RISCO BAIXO(X)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

 **Maykon Nunes Tiba**
REN - CE 580.805 - ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Paulo Luiz de Silva Belarmino
Data de nascimento	32/04/81
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Esposa (esposa)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Faz jejum?	X		
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?	X		halicam
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		WVS E

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	136 / 90
T	36.5
FC	64
FR	18
SPO2 99	

DIPRON 4

04

TSG-1

Collection 12.14.151

105

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0

Enfermero
(Assinatura e carimbo) degitte 402103

de U_i $\leq 90\%$ mesmo com U_i suplementar

Medico		Assinatura e carimbo:	
ALTA MEDICA DO DR. JOSE CARLOS R. DE ABREU ANESTESIA			
Anestesiologia			
CRM 12933 - RQE 9010			
Horário 11:15			
ESCALA DE DOR			
0 - SEM DOR	1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA

Nome completo: JOÃO CARLOS DA SILVA BARROS Data de nascimento: 12/01/81 Número de registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/04/20 Hora: 15 Unidade de origem: PPA Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência: <u>antes da cirurgia</u>									
	Diagnóstico(s): <u>Fratura de fêmur esquerdo</u>									
	Sinais Vitais:		PA	mmHg	FC	bpm	FR	rpm	T	°C
	SpO2		%	Escore de dor						
	Medicamentos em uso									
	Refluxo gastroesofágico		() Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros							
	Infecções gerenciadas		() Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros							
	Suporte de oxigênio		() Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica							
	Acesso vascular		() Não () Sim () CVC () CVP () PICC () Port a cath () Outros							
	Sondas, drenos, ostomias		() Não () Sim Qual?							
	Outros dispositivos		() Não () Sim Qual?							
	Tamanho de pele		() Não () Sim		Local		Estágio			
	Cuidados		() Não () Sim		Qual produto?					
	Tendões		() Não () Sim		() Contato () Aerosóis () Gotículas					
	Monitorização		() Não () Sim		Qual?					
Nível de consciência		() Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso								
Locomoção		() Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado								
Transporte utilizado		() Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte								

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	() Não () Sim	() HAS () DM () AVC () DPOC () Outros
	Alergia	() Não () Sim	Qual? <u>Aspirina</u>
	Procedimentos realizados	() Não () Sim	Qual? _____ Data: ____/____/____
	Sintomas, barreiras	() Não () Sim	Qual?

AVALIAÇÃO

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	() Não () Sim Qual(is)?
	Exames Pendentes	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: _____ Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

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

Exame realizado/exame(s): () Não () Sim	
Paciente agitado/intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual?	
Condição de pele: () Não () Sim Qual?	
Exame para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim	
Sinais Vitais: PA mmHg FC bpm FR rpm T °C	

Nome/Carimbo do Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável Unidade de Origem: _____ Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Jose Luis da Silva Belarmino

DATA: 02 / 09 / 2020

PRONTUÁRIO:	
☒ Ficha de Internação	☒ Boletim Cirúrgico
☒ Prescrição Médica	☒ Perioperatório
☒ Evolução Médica	☒ Check list
	☐ Orientações Médicas
EXAMES :	
☒ ECG	☐ CD
☐ Laudo Cateterismo	☐ Laudo US
☒ Exames Laboratoriais	☐ Laudo TC
☐ ECO Doppler	☐ Laudo RX
☐ ECO Stress	☐ Película RX
☐ ECO Trans esofágico	OUTROS:
☐ Teste Ergométrico	
☐ Cintilografia	
☐ Cineangiocoronariografia	
☐ Risco Cirúrgico	
Equipe CC: <u>Kelvia e Franciane</u>	Setor que recebeu:
	☐ RPA ☐ Postos ☐ UTI
Ass: <u>Kelvia</u>	Ass:

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:

Setor que paciente foi transferido:

Leito: ()

Ass:

Observações:]

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jesse Louro do Silva Galonmino
Data de nascimento	12/04/21
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Gleiciane Lopes
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Tem febre?	X		desde 22/09 de 01/09/20
Possui alergia a medicação?	X		Dapirone
Faz uso de alguma medicação?	X		ibuprofeno
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos próteses		X	
Unhas anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Haibo pré-operatório	X			
Ficofoma cirúrgica				

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 17:45

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68547684	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	

Profissional(is): MAYKON NUNES TIBA, ENFERMEIRO(A), COREN 580805 [1]	Nº: 58009951	31/08/2020	às 17:44
--	--------------	------------	----------

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	31/08/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	ACM	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA ESQUERDA	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA TRAUMA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Exames Complementares	SIM.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO.	[1]
Banho Pre-Operatório	NÃO.	[1]
Paciente Refere Alergia	SIM.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	DIPIRONA	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]


Maykon Nunes Tiba
COREN 580805 - ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 17:43

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68547684	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(is): MAYKON NUNES TIBA, ENFERMEIRO(A), COREN 580805 [1]	Nº: 58009785	31/08/2020	às 17:40

PACIENTE

Identificação Do Paciente	SIM	[1]
Data De Admissão	31/08/2020	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	EMERGÊNCIA.	[1]
Data Da Cirurgia	31/08/2020	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA ESQUERDA	[1]
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO	[1]
Alergia- Descrição	SIM	[1]
Tabagista	NÃO.	[1]
Etilista	NÃO.	[1]
Internações Anteriores	SIM	[1]
Motivo das Internações	FRATURA DE BACIA	[1]
Cirurgias Anteriores	SIM.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	NÃO.	[1]

Reserva de Hemoderivados

Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	RX.	[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum	SIM.	[1]
Conservado	Sim	[1]

ABDOMEN

Exame Abdominal	PLANO.	[1]
-----------------	--------	-----

ELIMINAÇÕES

Intestinais	Ausente.	[1]
Urinárias	Presente.	[1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso	SIM.	[1]
-------------------------	------	-----

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	NÃO.	[1]
Compreender	NÃO.	[1]


 Maykon Nunes Tiba
 COREN 580.805-ENF

31/08/2020 17:43

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Memorizar

NÃO.

[1]

Falar

NÃO.

[1]


Maykon Nunes Tiba
CRM - CE 580.805 - ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:03

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): TARCISIA SOUZA DA SILVA COREN 348113 [1]	Nº: 58016212	31/08/2020	às 21:01

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	sim.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
Procedimento	sim.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
	sim.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:03

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas		[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	decubito dorsal	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 09:34

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/1

Profissional(is): KELVYA DELFINO MARQUES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1527617 Nº: 58063591 02/09/2020 às 08:44
[1]
KELVYA DELFINO MARQUES COREN 1527617 [2]

PACIENTE

Identificação Do Paciente JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO [1]

Data De Admissão 02/08/2020 [2]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento FRANCILANE [1]

Hora 08:45 [1]

Sala 05 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia FIXADOR EXTERNO [1]

Início Da Anestesia 08:40 [1]

Término Da Anestesia 10:15 [1]

Início Da Cirurgia 08:45 [1]

Término Da Cirurgia 10:00 [1]

Instrumentador NOMATA [1]

Circulante KELVYA E FRANCILANE [1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas 15 UD [1]

Contagem Final De Compressas 15 UD [1]

Medicações/hora KEFAZOL 08:10 [1]

Exames De Imagem Sim [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Tipo Elétrico [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia SUTURADA E CURATIVO [2]

Grau De Contaminação Contaminada [1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA [1]

Encaminhamento Do Paciente [1]

Horário De Saída Da S.O 10:30 [1]

SINAIS VITAIS

Pulso 56 bpm [1]

PA 90X49 [1]

FC 56 bpm [1]

Handwritten signature and number:
35524

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 09:34

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	

OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	02/09/2020	[1]
Hora	09:00	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACIENTE J.L.S.B, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, ALEGA ALERGIA A DAPIRONA E NEGA COMORBIDADES. ENCAMINHADO AO C.C PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE FASCIOTOMIA COM DR. THALES SOB ANESTESIA SEDAÇÃO E RAQUI COM DR. GUSTAVO. REALIZADO DEGERMAÇÃO DO LOCAL E ANTIBIOTICO NO MOMENTO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS E PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA COM SORO SIMPLES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Intercorrências	NÃO	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
PÓS-OPERATÓRIO		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 09:34

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): KELVYA DELFINO MARQUES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1527617 Nº: 58064050 02/09/2020 às 08:55			
[1] KELVYA DELFINO MARQUES COREN 1527617 [2]			

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	08:05	[1]
Cirurgia	FASCIOTOMIA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Handwritten signature and date: 02/09/2020

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

02/09/2020 09:34

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas		[2]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente.	NÃO.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

31/08/2020 21:41

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

Profissional(is): TARCISIA SOUZA DA SILVA COREN 348113 [1]

Nº: 58016271 31/08/2020 às 21:04

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	dr.edmar	[1]
Hora	21:00	[1]
Sala	03	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	intgra	[1]
Início Da Anestesia	21:10	[1]
Término Da Anestesia	22:00	[1]
Início Da Cirurgia	21:15	[1]
Término Da Cirurgia	21:40	[1]
Instrumentador	vanda	[1]
Circulante	tarcisia	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	perna esquerda	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Medicações/hora	vide boletim anestésico	[1]
Material	fixador externo	[1]
Fornecedor	tecvidda richards	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	curativo com atadura.	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	22:00	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

admitido no cc pte para tto cirurgico com dr. deginaldo trauma sob raquinesesia com dr. edmar, conciente, orientado, verbalizando cooperativo, puls de dient. no msd nega alergias, sinais vitais estaveis. tto proposto colocação de fixador externo, fratura de tibia esquerda apos termino do procedimento e curativo feito, encaminhado pte ainda sob efeito anestésico para srpa, onde agurada alta anestésica para ser encaminhado para leito.

[1]

Intercorrências

nao

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 11:13

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 008966 [1] Nº: 57993050 31/08/2020 às 11:10

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Pulseira De Identificação	Sim	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	11:10	[1]
------	-------	-----

Hora

Descrição	SINAIS VITAIS PA 110X80mmhg T 36.8.C DX 98mg/d, FC 68.bpm FR 18. SPO2 99%	[1]
-----------	---	-----

Maria Alves Pereira
Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 18:10

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68547684 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 006986 [1] Nº: 57993050 31/08/2020 às 11:10
VIVIANE LEITE SILVA PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1281421 [2]

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Pulseira De Identificação	Sim	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	11:10	[1]
Hora		[1]

Descrição	SINAIS VITAIS PA 110X80mmhg T 36.8.C DX 98mg/d, FC 68.bpm FR 18. SPO2 99%	[1]
-----------	---	-----

Hora	18:01	[2]
Hora		[2]

Descrição	PA:120X80 DX:90 T:36 SPO:99 FC:60	[2]
-----------	---	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68831820



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

21/09/2020 17:47:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334		1-CASADO	
Endereço				
R MATO GROSSO,547 - PAN AMERICANO, FORTALEZA(CE) CEP 60440825				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
989714411				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
19664000187008016			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
15/09/2020	08:26		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:57

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68831820

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/2

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]

Nº: 58514498 15/09/2020 às 08:44

ANAMNESE

Queixa Principal

PO DE FRATURA DE TIBIA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:57

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68831820

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/2

Profissional(is): FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO COREN 1097873 [1]

Nº: 58521542 15/09/2020 às 11:23

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 11:23, EM 15/09/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

Data inicial: 22/08/2020 Atendimento: 68831020 Médico prescriptor:

Data final: 21/09/2020

Prontuário:

Consultas:

Consultar

DEP

Histórico

Carteira:

Atendimentos com alta administrativa

Atendimentos com pendências no prontuário

Atendimentos liberados pela auditoria

Atendimentos liberados pela enfermagem

73488

143A8

Documentos

15/09/2020 08:26 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA

Atendimento:

Prontuário:

Nome do Paciente

Idade

Sexo

68831020

1451144

JOSE LUIS DA SILVA DELARMINO

1204/90

254

1M

masculino

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome do Usuário

RODRIGO DA SILVA DELARMINO

Nome de Fila

Tipos de documentos

- 1 Registro Médico
- 2 Formulário de Atendimento na Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receita Médica Especial
- 9 Receitas Médicas
- 10 Atestado Médico
- 11 Declarações
- 6 Relatórios Médicos
- 5 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Data/Hora

Profissional

Imprimir Documento

15/09/2020 08:48:03

Suação

4089400



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68711833



21/09/2020 17:47:17

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334		1-CASADO	
Endereço				
R MATO GROSSO,547 - PAN AMERICANO, FORTALEZA(CE) CEP 60440825				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
989714411				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	
Carteira	Validade	COLETIVO
19664000187008016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/09/2020	08:17		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2052580 EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:56

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68711833 Prontuário: 14511444
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E Q Leito: 133227/4
 Profissional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1] Nº: 58296680 09/09/2020 às 08:26

ANAMNESE

Queixa Principal RELATA QUEDA DE MOTO HA 9 DIAS PO DO THALES [1]

Queixa Principal

Diagnóstico inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO [1]

CID10 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:56

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E Q Leito: 133227/4

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 786044 [1]

Nº: 58310394 09/09/2020 às 14:00

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CETOPROFENO IV FRAP 100.00MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:00, EM 09/09/2020 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044. [1]

TRAMAL AMPL 100.00MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:00, EM 09/09/2020 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

Queda Adulto (Morse)

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

Flebite

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]