

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
3507765320220526152258

Processo 0811368-58.2022.8.23.0010 ☆ - (42 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 30 de junho de 2022 às 09:40:00

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 16/05/2022 - Prazo: 27/05/2022 à 02/06/2022 (5 dias): EXPEDIÇÃO DE JUÍZO 100% DIGITAL
Cumprir Prazo

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência

Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

17 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 17

500 por pág. ▼

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	17	26/05/2022 15:22:58	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
17.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2863399CONTESTACAO01.pdf	Público
17.2	Arquivo: Anexo 02 - parte 01	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2863399CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público
17.3	Arquivo: Anexo 02 - parte 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2863399CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público
17.4	Arquivo: Anexo 02 - parte 03	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2863399CONTESTACAOAnexo023.pdf	Público
17.5	Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
16	26/05/2022 10:26:05	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 26/05/2022 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 13) EXPEDIÇÃO DE JUÍZO 100% DIGITAL (16/05/2022) e ao evento de expedição seq. 15.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	



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

Processo: 08113685820228230010

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/09/2020**, restando permanentemente inválida.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial a **AUSÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja intimado o autor para apresentar o boletim de ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, inclusive quanto a razão da ausência de sua apresentação anteriormente, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO CORPO DE BOMBEIRO

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o **RELATÓRIO DE ATENDIMENTO CORPO DE BOMBEIRO.**

Observe que consta no documento o nome de ANDERSON SOUZA DA CUNHA, nome estranho ao processo.

ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR				Nº DE AVISO:	3078-20	
				Nº DE VÍTIMAS:	01	
				OCORRÊNCIA:	T-04	
				DATA:	05/09/2020	
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
<input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM	<input checked="" type="checkbox"/> 1º PEL	<input type="checkbox"/> 2º PEL	<input checked="" type="checkbox"/> Leste	<input type="checkbox"/> Oeste	<input type="checkbox"/> Centro	
<input type="checkbox"/> 2º BPABM	<input type="checkbox"/> 1ª CIA	<input type="checkbox"/> 2ª CIA	<input type="checkbox"/> Norte	<input type="checkbox"/> Sul	<input type="checkbox"/> Rural	
H/SAIDA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
07:17	07:20	07:39	UR-02/18	49138	49146	
1. DADOS DA OCORRÊNCIA						
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:						
ENDEREÇO: RUA DA RAIMALDO NEVES Nº - BAIRRO: JARDIM FLORANTE						
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA:						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:						
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME: ANDERSON SOUZA DA SILVA RG/CPF: 033.847.924-61						
D.N.: 02/07/95 IDADE: 25 SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino PNE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
ENDEREÇO: Av. JARDIM (VILA JARDIM) Nº 108 BAIRRO: C. SATELITE						
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro TEL: 99133-3879						
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, qual:						
Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a veracidade dos dados ao Corpo de Bombeiros, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/09/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 17 de maio de 2022.

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na **858 - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADELSON SOUSA DA CUNHA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08113685820228230010.

Rio de Janeiro, 17 de maio de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

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

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

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

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

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art.

1º

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

(...)

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210219264

Vítima: ADELSON SOUSA DA CUNHA

Data do Acidente: 05/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON QUARESMA LEITAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADELSON SOUSA DA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210219264

Vítima: ADELSON SOUSA DA CUNHA

Data do Acidente: 05/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON QUARESMA LEITAO

Procurador: MAYCON QUARESMA LEITAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADELSON SOUSA DA CUNHA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000775937096-3**

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,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210219264

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADELSON SOUSA DA CUNHA

Data do acidente: 05/09/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico:

FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 35/90/91.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 023847922-61 4 - Nome completo da vítima: ABELSON SOUSA DA CUNHA

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

5 - Nome completo: ABELSON SOUSA DA CUNHA 6 - CPF: 023847922-61
 7 - Profissão: DESEMPREGADO 8 - Endereço: R. MURILLO T. CIBRANDE 9 - Número: 452 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: DR SILVIO LEITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RODRINA 14 - CEP: 69.319-348
 15 - E-mail: MAYCONLEITAO55@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 99113-3533

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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 775937096 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): ABELSON SOUSA DA CUNHA

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 023847922-61

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Abelson Sousa da Cunha

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 25 DE ABRIL DE 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Abelson Sousa da Cunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026103/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/09/2020 10:50:38 Data/Hora Fim: 05/09/2020 11:19:27
 Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: 019694 Data: 05/09/2020
 Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato Início: 05/09/2020 07:35 (Hora Aproximada)
 Data/Hora do Fato Fim:
Local do Fato
 Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Jardim Floresta
 Logradouro: rua Reinaldo Neves
 Tipo do Local: Via Pública
 Descrição do Local: Cruzamento com rua Domingos Maciel Costa

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1232: FALTA DE HABILITAÇÃO PARA DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 309 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADELSON SOUSA DA CUNHA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 38
 Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 424888-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av. Jardim, Condomínio Ipê Nº: bloco I, ap. 103
 Complemento: Vila Jardim
 Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ADAIR JOSÉ GOMES (VÍTIMA , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 34
 Profissão: Motorista de Aplicativo
 Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 260120

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: rua Soldado PM Djando da Silva Nº: 410
 Bairro: Caranã



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026103/2020

ASSINATURAS

Samuel Chaves Mineiro

Agente de Polícia

Matrícula 042000684

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar de Roraima

Comunicante

Destaca-se para os fins de direito que seu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas é o(a) que poderá responder civil e criminalmente por sua presente declaração em caso de inveracidade, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026103/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/09/2020 10:50:38 Data/Hora Fim: 05/09/2020 11:19:27

Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: 019694 Data: 05/09/2020

Delegado da Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 05/09/2020 07:35 (Hora Aproximada)

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Floresta

Logradouro: rua Reinaldo Neves

Tipo do Local: Via Pública

Descrição do Local: Cruzamento com rua Domingos Máciel Costa

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1232: FALTA DE HABILITAÇÃO PARA DIRIGIR VEICULO AUTOMOTOR (ART. 309 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADELSON SOUSA DA CUNHA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 38

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 424888-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Jardim, Condomínio Ipê

Nº: bloco 1, ap. 103

Complemento: Vila Jardim

Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ADAIR JOSÉ GOMES (VÍTIMA , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 34

Profissão: Motorista de Aplicativo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 260120

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua Soldado PM Djando da Silva

Nº: 410

Bairro: Caraná



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026103/2020

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Charles Dias dos Santos 3º Sgt

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 12.223.311/0001-07	Placa JJF1849
Renavam 00450601900	Número do Motor KD05E4C519567
Número do Chassi 9C2KD0540CR519567	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 21/09/2019	Situação do Veículo RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adelson Sousa da Cunha	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camionete/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 021.915.602-61	Placa NAY2367
Renavam 01055954683	Número do Motor DXUSD1238
Número do Chassi 9BGKS48G0FG396382	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor BRANCA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/08/2020	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aldair José Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o ROP/PMRR série J nº 019694, informando um acidente de trânsito envolvendo **Aldair José Gomes** que transitava com seu veículo(Chevrolet/Onix LT, placa NAY2367), na Rua Reinaldo Neves quando no cruzamento com a Rua Domingos Maciel Costa **Adelson Sousa da Cunha** cruzou a pista com a motocicleta (Honda/NXR 150 Bros, placa JJF1849), vindo a ocasionar o acidente; Informa ainda que **Adelson** foi removido a emergência do Hospital Geral de Roraima onde permanece em observação médica e o mesmo informou que de fato cruzou a via e não observou a aproximação do veículo do veículo. A perícia não foi acionada, tendo em vista que removeram os veículos da cena do sinistro.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026103/2020

ASSINATURAS

Samuel Chaves Mineiro
Agente de Polícia
Matrícula 042000604
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar de Roraima
Comunicante

Dados para os serviços (no de acesso aos serviços) poderão ser fornecidos pelas informações acima apresentadas e desde que estejam registrados no e controlados pela presente instituição, que tem origem conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do do Código Penal Brasileiro.



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 023847922-61 4 - Nome completo da vítima: ABELSON SOUSA DA CUNHA

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

5 - Nome completo: ABELSON SOUSA DA CUNHA 6 - CPF: 023847922-61
 7 - Profissão: EMPREGADO 8 - Endereço: R. MURILLO T. CIBRÃO 9 - Número: 432 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: AR. SILVIO LEITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RODRINA 14 - CEP: 69.314-398
 15 - E-mail: MAYCOLLOITAO-55@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 99113-3533

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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Serviente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 775937096 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): ABELSON SOUSA DA CUNHA

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

023847922-61

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

Abelson Sousa da Cunha

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, BOA VISTA-RO, 25 DE ABRIL DE 2021

Abelson Sousa da Cunha
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321021926401

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELSON SOUSA DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000775937096

Número da Autenticação

3D19299A4D8D6208



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0115237-8

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 651 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº DA NOTA FISCAL 8032668 FCAH*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.420 de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2021	11/08/2021	772	639,31

INACIA PEREIRA DE AMORADE SOUSA
CPF: 00033458464387
R. MURILO T CIDADE 452 1 - DR. SILVIO LETTE
CEP: 69.314-348 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 20/07/2021 Anterior: 17/06/2021 Próxima leitura: 19/08/2021
Emissão: 19/07/2021 Apresentação: 20/07/2021 Dias de consumo: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.1.1.2 RESIDENCIAL B1F TDB2043507 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	9009							
Leit. Anterior	8237							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	772							
Faturado:	772							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 772 A R\$ 0,692397 = 534,53
PARCELAMENTO COSIP 8/24 2,08
CORR MONETARIA TCD (IG 8/24 13,93
PARCELAMENTO DE DEBITO 8/24 60,21
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 28,56

**OUTRAS
INFORMAÇÕES**

TARIFA DE FORTALECIMENTO

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

13/07/21



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: 6853876

MARIA GUADALUPE SOARES DE SOUSA

R. SANTA CLARA, 593,

CENTENARIO

69312635 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 542369	MÊS 01/2021	PERÍODO DE CONSUMO 21-DEC-20 a 21-JAN-21
CONSUMO (kWh) 725	VENCIMENTO 06-FEB-21	TOTAL A PAGAR R\$ 525,29

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 542369	MÊS 01/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 525,29
------------------------	----------------	-----------------------------

836900000057.252900750008.000000000547.236901210054





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=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. 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 MAYCON QUARESMA LEITÃO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 959.241.242 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ABELSON SOUSA DA CUNHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.847.922 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima ABELSON SOUSA DA CUNHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.847.922 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA SANTA CLARA</u>		Número: <u>593</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTENARIO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RODRINA</u>	CEP: <u>69.312-635</u>
E-mail: <u>MAYCONLEITAO_55@HOTMAIL.COM</u>		Tel. (DDD): <u>195199113-3533</u>	

Local e Data: BOA VISTA - RR, 25 DE AGOSTO DE 2021

Maycon Quaresma Leitão

Assinatura do Declarante



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=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. 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 MAYCON QUARESMA LEITÃO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 959.241.242 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ABELSON SOUSA DA CUNHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.847.922 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima ABELSON SOUSA DA CUNHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.847.922 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA SANTA CLARA</u>		Número: <u>593</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTENARIO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RODRINA</u>	CEP: <u>69.312-635</u>
E-mail: <u>MAYCONLEITAO_55@HOTMAIL.COM</u>		Tel. (DDD): <u>195199113-3533</u>	

Local e Data: BOA VISTA - RR, 25 DE AGOSTO DE 2021

Maycon Quaresma Leitão

Assinatura do Declarante



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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não Qual (is): () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Paciente Indígena: () Não () Sim Sexo: () F () M

Possui acompanhante: () Sim () Não Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma: _____

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PUPILAS
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL
() Normotenso () Distendido () Globoso
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: _____

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

Registro Geral: _____
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	26/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11					
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				1/6
14					
15					
16					
17					
19					
20					
23	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				
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	82		36,3
12 H	105x68	78	-	36,1°C
18 H	103x76	80		35,6°C
24 H	100x70	77		36

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

~~Don Martins (Res Ortop)~~~~CRM/RR 2038~~

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231



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): _____

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Intérprete? () Sim () Não

Sexo: () F () M

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Qual idioma: _____

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

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

Exame Físico:

Bulhas Cardíacas: _____

Pulso: _____

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: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Risco de Lesão Sinalizado: _____

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção:

() Sim () Não

Trocar em: ____/____/____

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


Prescrição de Cuidado Prev Quedas

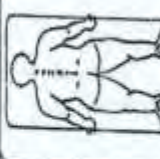


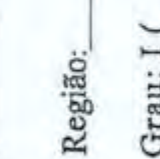

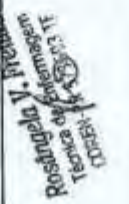
- () Manter grades laterais elevadas
- () Identificar o risco de queda na placa de identificação
- () Auxiliar o paciente na higiene
- () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
- () Manter cama com rodas travadas
- () Necessidade de contenção ao leito
- () Manter vigilância de ____ horas.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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Delton Souza da Cunha</u>	Data: <u>26/03/2020</u>		
Leito: <u>U8-1</u>					

Localização	 	Região: <u>M.I. Esquerdo</u> Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) III () IV ()	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze (<input checked="" type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze (<input checked="" type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

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

118-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO **118-1** DATA **27/9/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
---	--------------------------	--------

3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
---	----------------------	-----

4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6
---	--------------------------------	--------------

5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
---	------------------------	----

6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
---	--	----

7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
---	----------------------------	----

8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
---	---	----

9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
---	-------------------	--------

10		
----	--	--

11		
----	--	--

12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
----	-----------------	----------

13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	16
----	-----------------------	----

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

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

23

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS



manter o curativo até a cicatrização pela fisioterapia

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	111x66	69	35.7	36.2
12 H	120x80	77		36.1
18 H	130x70	80		36.1
24 H	108x75	72		35.1



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

Data: 27/08/20 Enfermaria: 118-1 Leito: _____

Nome Completo: Adelson Sousa da Cunha DN: 07/07/85

Hipótese Diagnóstica: +x de +rémus

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: _____

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

SISTEMA NEURÓLOGO

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Alterações: _____

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Afebril () Febril () Hipertérmico

REGULAÇÃO TÉRMICA

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

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Data: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Trocar em: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____ Quantidade: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação <input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Risco de Quedas <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
--	--	---

Escala de Morse


1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não 0	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Manter grades laterais elevadas
Sim 15	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
TOTAL:		() Auxiliar o paciente na higiene
0 Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
15 Risco Médio: 25 - 44		() Manter cama com rodas travadas
0 Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção ao leito
Sinalização do Risco:		() Manter vigilância de _____ horas.
() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		() Calçado seguro nos pés
		() Material de uso pessoal ao alcance da mão
() Risco registrado na placa de identificação leito		() _____
		() _____



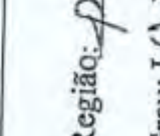


Registro Geral:

Sem quedas no momento do teste

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Adilson Souza de Cunha</u>	Data: <u>27 09 2020</u>		
Leito: <u>118.1</u>					

Localização	  	Região: <u>pele exposta</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	 	Região: Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado (<input checked="" type="checkbox"/>) seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado (<input checked="" type="checkbox"/>) seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>esposchen</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>esposchen</u>	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Araujo Técnica em Colagem COREN RJ 507.796/TE	Adonildes Araujo Técnica em Colagem COREN RJ 507.796/TE	Adonildes Araujo Técnica em Colagem COREN RJ 507.796/TE	Adonildes Araujo Técnica em Colagem COREN RJ 507.796/TE
Observações:				

Adonildes Araujo
 Técnica em Colagem
 COREN RJ 507.796/TE
 Adonildes Araujo
 Técnica em Colagem
 COREN RJ 487.031 - TE

1183

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO **118-1** DATA **28/9/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6 NTP
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10		
11		
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	16 NTP
14		
15		
16		
17		
19		
20		

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: 0,5 COSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DX
6 H	107/67	75	-	36,0	75 mmHg
12 H	110/66	78		36,2	
18 H	100x68	80		36,0	
24 H					

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Paciente em Beg. lote, em leito com SSVV e Funções fisiológicas preservadas. Realizada medicação mais exames de rotina vitais conforme PM. Segue nos cuidados.

(Assinatura) 1205628



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

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

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

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

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

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

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

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PUPILAS
 () Fotorreagente () Mioticas () Midriática () Afébril () Febril () Hiperérm
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
 () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL
 () Normotenso () Distendido () Globo so
 Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
 Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
 () Anúria () Oligúria () Cistostomia
 () Irrigação contínua () Outras: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
 () VO () SNG/SOG () SNE/SOE
 Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 Evacuações: () Presente () Ausente
 Alterações: _____

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão
 () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas
 () Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração
 () Risco de 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 () Sim
 2. Diagnóstico Secundário () Não () Sim
 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado () Não () Sim
 4. Auxílio na Deambulação () Nenhum/Acamado/Auxiliado () Muleta/Bengala/Andador () Mobilatório Parede

5. Marcha/Deambulação () Normal/Sem deambulação/Acamado () Fraca () Comprometida/Cambaleante

6. Estado Mental () Orientado/limitado/conhece as limitações () Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL: _____
 Risco Baixo: 0 - 24
 Risco Médio: 25 - 44
 Risco Alto: Maior que 45

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

Prescrição de Cuidado
 () Manter grades laterais elevadas
 () Identificar o risco de queda na placa
 () Auxiliar o paciente na higiene
 () Orientar o paciente a pedir ajuda
 () Manter cama com rodas travadas
 () Necessidade de contenção ao leito
 () Manter vigilância de _____ horas
 () Calçado seguro nos pés
 () Material de uso pessoal ao alcance do

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

PACIENTE: Adelhem Sousa do C. REGISTRO: 118-3

DIAGNÓSTICO: 118-3 DATA: 28.09.20

ENFERMIA/LEITO: 118-3 IDADE: 20

MÉDICO: 118-3 PESO: 20

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS

CONSCIENTE ORIENTADO

DESORIENTADO TORPOROSO

REAGE A DOR NÃO REAGE A DOR

OBEDECE A COMANDOS VERBAIS NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS

COMATOSO PRECISA DE SEDAÇÃO

DEFICIÊNCIAS

AUDITIVA SIM NÃO VISUAL SIM NÃO FÍSICA SIM NÃO

QUAL: PREJUDICADO POR:

PRESERVADO AGITADO PREJUDICADO POR:

SONO E REPOUSO

ALIMENTAÇÃO

ACEITAÇÃO: SIM NÃO PARCIAL TOTAL JEJUM

VIAS: ORAL SNG SNE GTT NPT Sonda Fechada

OCORRÊNCIA: Sonda Aberta Sonda Fechada

VÔMITO RESÍDUOS GÁSTRICOS

ASPECTOS:

ACESSO VENOSO

CENTRAL PERIFÉRICO LOCAL DATA HORA

DISSECCÇÃO SINAIAS OCCLUSIVO COMPREENSIVO

FLOGÍSTICOS SIM NÃO

CURATIVO

SIM NÃO REGIÃO: NÃO TIPO: HIDRATADA

ASPECTO: ABERTO LOCAL SECREÇÃO/VOLUME: ESCORIAÇÃO ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS

INTEGRIDADE DA PELE

PELE ÍNTEGRA F.O. HÍDRATADA

DESIDRATADA ESCORIAÇÃO ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS

REGIÃO DA LESÃO:

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS

ESPONTÂNEA SOB ESTÍMULOS S.V. DE ALÍVIO

S.V. DE DEMORA ASPECTO: VOLUME:

ELIMINAÇÃO FECAL

PRESENTE AUSENTE FREQUÊNCIA Nº X: NORMAL

CONSTIPAÇÃO DIARREIA

AVALIÇÃO DA DOR

COM DOR SEM DOR MELHORA COM MEDICAÇÃO? SIM NÃO

HIGIENE PESSOAL

COM AUXÍLIO SEM AUXÍLIO NO LEITO ASPERSÃO

APARELHO RESPIRATÓRIO

EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO

RONCOS SIBLOS ESTERTORES

CATETER NASAL O2 CONTÍNUO INTERMITENTE

MARCONEBUZIZAÇÃO AR AMBIENTE TUBO TRAQUEAL TRAQUEOSTOMIA

SE O2: CLARA FLUIDIFICADA PURULENTA ROLHOSA

ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL

MÃO 2/2h 3/3h ROLHOSA EM BLOCOS

MUDANÇA DE DECÚBITO

PRESENTE AUSENTE TIPO

LOCAL: DÉBITO: ml ASPECTO:

OSTOMIA

BAIXO MODERADO ALTO

GRAU DE DEPENDÊNCIA

SINAIS VITAIS

HORA: 21.00

PRESSÃO (mmHg): 115/81

PULSO (bpm):

RESPIRAÇÃO (rpm):

TEMPERATURA TAX:

DEXTRO (mg/dl) HORA:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA PRESCRIÇÃO HORÁRIO

118-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
	118-1	29/9/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10		
11		
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	(16)ml
14		
15		
16		
17		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90x58	67	-	35,6
12 H	113x70	72	-	35,6
18 H	113x70	92	-	36,6
24 H	104x67	82	-	36,3

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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: _____

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PUPILAS
 () Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Alterações: _____
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: () Febril () Hipertérmico

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso
 () Pulso cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
 () Anúria () Oligúria () Clistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 () Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
 Alterações: _____
 Flatos: () Presente () Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____
 () Normocorada () Ictérica () Anictérica Risco de Lesão Sinalizado: _____
 Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

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

Registro Geral: _____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº I



Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Adelton de Souza Cunha
Leito: 118-3

Data: 29/09/2020

Localização		Região: <u>MLE</u>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II ()	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelizaçã () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Emília do V. Silva</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 573693 TE		<u>Emília do V. Silva</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 573693 TE	<u>Rosângela V. Freitas</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 573693 TE
Observações:				

118-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADELSON SOUSA DA CUNHA					
DIAGNÓSTICO		FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO			
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	30/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	DIETA LIVRE	SND			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER			
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM			
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6			
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN			
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN			
9	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO			
10	SSVV + CCGG	ROTINA			
11	CLEXANE 40mg SC 1XDIA	(16) N.F.			
12					
13					
14					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x60	78		36.4
12 H	120x70	72		36.2
18 H	115x67	76		36.2
24 H	100x70	80		36.4

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loana Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Adubon Souza de Cêno

Leito:

18.3

Data: *30/09/2020*

Localização		Região: <i>perna esquerda</i>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I () II () <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perifereira	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido pouco () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido pouco () Seco		<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <i>Exparadigm</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonide Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/RJ 507.795/TE	Adonide Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/RJ 507.795/TE		Adonide Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/RJ 507.795/TE
Observações:	_____	_____		_____

118-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADELSON SOUSA DA CUNHA					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO					
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	1/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 ^h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
10	SSVV + CCGG				ROTINA
11	CLEXANE 40mg SC 1XDIA				(16) N
12					
13					
14					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x70	76		36	
12 H	107x66	76	19	34.9°	
18 H	130x80	63		35.8°	D: + E: 0
24 H	100x70	74		36.7°	

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Antônio Despertino tem 11 não foi dispensado pela farmácia, pegando o não tem. cuidados de enfermagem realizados conforme prescrição médica. Seu Amanda CORBA RL 799570



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

Data: 01/10/2018

Enfermaria: 118

Leito: 3

Nome Completo: Adilson Sousa de Azevedo

DN: 07/12/195

Hipótese Diagnóstica: Fx de Ferrus Diapirica Crônica

Precaução: Sim Não

Alergia: Sim Não Qual(is): Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos

Paciente Indígena: Não Sim Necessidade de Intérprete? Sim Não Sexo: F M

Possui acompanhante: Sim Não Obs: Qual idioma:

Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida:

Consciente Orientado Desorientado **SISTEMA NEURÓLOGO**

Fotorreagente Mióticas Midríatica Não Reage Alterações:

Isocóricas Anisocóricas Não reagentes Afebril Febril Hipertérmico

Eupneico Bradípneico Taquípneico Dispneico Ar ambiente Traqueostomia Aspição

Oxigenoterapia: Sim Não Qual: Normotenso Distendido Globoso

Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico Presente Ausente

Pulso Cheio Filiforme Arritmico Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: Normotenso Distendido Globoso

Espontânea SVD Fralda Uropen Colostomia

Anúria Oligúria Cistostomia

Irrigação contínua: Outros:

Hidratada Desidratada Ressecada Anictérica

Normocorada Ictérica Anictérica

Lesão por pressão: Sim Não Região: Edema Local:

Cateter Periférico: Sim Não Local: Data: Trocar em: / /

Cateter Central: Sim Não Local: Data: Trocar em: / /

Sinais de infecção no sítio da punção: Sim Não Curativo realizado em: Trocar em: / /

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: Sim Não Local: Quantidade:

Risco de Lesão Sinalizado:

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 salinizado: Não 0, Sim 20

4. Auxílio na Deambulação: Nenhum/Acamado/Auxiliado 0, Muleta/Bengala/Andador 15, Mobilário 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: Coerente com o que se viu no momento

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Adelson Souza da Cunha</u>	Data: <u>01/10/2020</u>		
		Leito: <u>118-3</u>			

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

Enfermeira: Adelson Souza da Cunha
 Data: 01/10/2020

118-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE ADELSON SOUSA DA CUNHA			
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO			
ALERGIAS	N	HAS	N DM2 N
IDADE		LEITO	118-3 DATA 2/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA LIVRE	SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER	
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM	
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	(6) NDF	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN	
9	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO	
10	SSVV + CCGG	ROTINA	
11	CLEXANE 40mg SC 1XDIA (2 doses)	(16)	
12	H1500 1000UI SC 1181 NDF	(14) (22) NDF	
13			
14			
19			
20			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/60	68	-	35.8°C
12 H	93x69	71	-	36.5°C
18 H	110x80	80	-	36.7°C
24 H	135/81	80	-	36/3°C

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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

Data: 2 / 10 / 20

Enfermaria: 118-3 Leito: _____

Nome Completo: Adelson Souza de Souza

DN: / /

Hipótese Diagnóstica: Padrão de risco

Precaução: Sim Não

Alergia: Sim Não Qual (is): Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos

Paciente Indígena: Não Sim Sexo: F M

Possui acompanhante: Sim Não Necessidade de intérprete? Sim Não Qual idioma: _____

Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida: _____

Consciente Orientado Desorientado **SISTEMA NEURÓLOGO**

Fotorreagente Mióticas Midríaticas Não Reage Alterações: _____

Isocóricas Anisocóricas Não reagentes **REGULAÇÃO TÉRMICA**

Eupneico Bradipneico Taquipneico Dispneico Ar ambiente Traqueostomia Aspiração

Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Pulso Cheio Filiforme Arritmico **REGULAÇÃO ABDOMINAL**

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Espontânea SVD Fralda Uropen **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Anúria Oligúria Cistostomia **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Irrigação contínua Outros: _____ **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Hidratada Desidratada Ressecada **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Normocorada Ictérica Anictérica **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Lesão por pressão: Sim Não Região: _____ **ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

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

Cateter Central: Sim Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: Sim Não Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

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

Curativos: Sim Não Local: _____ Quantidade: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS Risco de Lesão Sinalizado: _____

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 Comunicação deficiente

Volume de líquidos deficiente Déficit no autocuidado para Higiene Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	0	5. Estado Mental	0
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Sim	15	Superestima capacidade/Esquece limitação	15
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:	
Não	0	Risco Baixo:	0 - 24
Sim	15	Risco Médio:	25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto:	Maior que 45
Não	0	Sinalização do Risco:	
Sim	20	<input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
4. Auxílio na Deambulação		<input type="checkbox"/> 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: _____

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR D**

ALERGIAS _____ N _____ HAS _____ N _____ DM2 _____ N _____
 IDADE _____ LEITO **118-3** DATA **3/10/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
10	SSVV + CCGG	ROTINA
11	HEPARINA 5.000UI SC DE 8/8H	NTF 14/22/06
12		
13		
14		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x76	73	-	35,8°C
12 H	120x80	80		36
18 H	120x80	78		36,3
24 H	112x62	76	-	36°C

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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

Data: 03 / 10 / 20 20 Enfermaria: _____ Leito: 118-3

Nome Completo: Adilson Sousa da Cunha DN: 07/07/1995

Hipótese Diagnóstica: otite média

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____

Paciente Indígena: () Não () Sim Sexo: () F () M

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: apenas pelo dia Qual idioma: _____

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Alterações: _____

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Febril () Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

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

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

() Anúria () Oligúria () Clistostomia () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Alterações: _____

() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Flatos: () Presente () Ausente

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS Risco de Lesão Sinalizado: _____

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

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

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Dreno de: _____ Local: Uretra

Curativos: () Sim () Não

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 Sim _____

6. Estado Mental: 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL: _____

2. Diagnóstico Secundário: 0 Risco Baixo: 0 - 24 15 Risco Médio: 25 - 44

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado: Não Sim _____

4. Auxílio na Deambulação: Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 15 Muleta/Bengala/Andador 30

5. Marcha/Deambulação: Normal/Sem deambulação/Acamado 0 10 Fraca 20

Comprometida/Cambaleante

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

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

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de _____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

Registro Geral: _____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

Risco baixo



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n.º

Versão: 09

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 03/2020

Paciente: Adelton Souza da Cunha DN: _____

Leito: 118.3

Data: 06 / 10 / 2020 Hora: _____

Localização		Região: <u>perna esquerda</u> () Grau I (x) Grau II		Região: _____ () Grau I () Grau II
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>0</u> Tração <u>0</u> Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:
Aparência do Leito	(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada
Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro: _____
Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () 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%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(x) Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>esfanedaga</u>	(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	(x) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Adnilde Vieira Araujo</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR: 507.795/TE	<u>Adnilde Vieira Araujo</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR: 507.795/TE		<u>Adnilde Vieira Araujo</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR: 507.795/TE
Observações:	_____	_____		_____

Medicamento
 Nome: Perfitec
 Apresentação: 100ml 0,9%
 Ass. Quím. de São Paulo
 T.C. de Engenharia
 FONE: (11) 334-0322

118-3

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO**

ALERGIAS N HAS N DM2 N

IDADE _____ LEITO **118-3** DATA **5/10/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	MANTER
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	ACM
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	(6)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	CURATIVO DIÁRIO	SN
10	SSVV + CCGG	CURATIVO
11	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	ROTINA
12		(16) PLT
13		
14		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	116x71	58		35.2
12 H	86x68	84	-	36.60
18 H	105x64	79	-	36.60
24 H	122x63	75		36.8

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loampiriana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

O item (11) não tem disponível na farmácia (eletrone 40 mg). Tec farma



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

Data: 05 / 10 / 2020 Enfermaria: 118 Leito: 3

Nome Completo: Adelmar Sousa de Azeite DN: 32 / 09 / 34

Hipótese Diagnóstica: TK de fratura do fêmur esquerdo

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:

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

PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica (<input checked="" type="checkbox"/>) Afebril () Febril () Hipertérmico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____		

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso () Distendido () Globoso	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico (<input checked="" type="checkbox"/>) Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____	Alterações: _____		

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Fria () Uropen (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT	() Anúria () Oligúria () Cistostomia	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Colostomia	Evacuações: (<input checked="" type="checkbox"/>) Presente () Ausente
() Irrigação contínua () Outros: _____		Alterações: _____	

CARACTERÍSTICAS DA PELE		Risco de Lesão Sinalizado:	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____	() Normocorada () Ictérica () Anictérica	() Edema Local: _____	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

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

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

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

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

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	(<input checked="" type="checkbox"/>) Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
(<input checked="" type="checkbox"/>) 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	(<input checked="" type="checkbox"/>) Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	(<input checked="" type="checkbox"/>) Déficit no autocuidado para Higiene	

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

Registro Geral: sem alterações no momento de visita

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

418-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	6/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA SN				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
10	SSVV + CCGG				ROTINA
11	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				(16)
12					
13					
14					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	111x80	72		36.0
12 H	120x60	75	19	36.2
18 H	106x77	72	-	36.7
24 H	105x80	90		36.5

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

PACIENTE: Wilson Souza do Cunha REGISTRO: _____
 DIAGNÓSTICO: Ex. de Fomeh. Disfagia e Espasmo DATA: 09/10/2020
 ENFERMARIAMENTE: 118-3 IDADE: 25
 MÉDICO: _____ PESO: 52

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS
 CONSCIENTE ORIENTADO
 DESORIENTADO TORPOROSO
 REAGE A DOR NÃO REAGE A DOR
 OBEDECE A COMANDOS VERBAIS NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS
 COMATOSO PRECISA DE SEDAÇÃO

DEFICIÊNCIAS
 AUDITIVA SIM NÃO VISUAL SIM NÃO FÍSICA SIM NÃO
 QUAL: _____

SONO E REPOUSO
 PRESERVADO AGITADO PREJUDICADO POR: _____

ALIMENTAÇÃO
 ACEITAÇÃO: SIM NÃO PARCIAL TOTAL JEJUM:
 VIAS: ORAL SNG SNE GTT NPT
 OCORRÊNCIA: Sonda Aberta Sonda Fechada
 VÔMITO RESÍDUOS GÁSTRICOS

ASPECTOS:
ACESSO VENOSO
 CENTRAL PERIFÉRICO LOCAL: _____ DATA: _____ HORA: _____
 DISSECÇÃO SINAIS FLOGÍSTICOS SIM NÃO

CURATIVO
 SIM NÃO REGIÃO: _____
 ABERTO OCLUSIVO COMPREENSIVO
 ASPECTO: _____

DRENO
 SIM NÃO TIPO: _____
 LOCAL: _____ SECREÇÃO/VOLUME: _____
 ASPECTO: _____

INTEGRIDADE DA PELE
 PELE ÍNTEGRA F.O. HIDRATADA
 DESIDRATADA ESCORIAÇÃO ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS
 REGIÃO DA LESÃO: _____

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS
 ESPONTÂNEA SOB ESTÍMULOS S.V. DE ALÍVIO
 S.V. DE DEMORA ASPECTO: _____ VOLUME: _____

ELIMINAÇÃO FECAL
 PRESENTE AUSENTE FREQUÊNCIA Nº X: ↓
 CONSTIPAÇÃO DIARREIA NORMAL

AVALIAÇÃO DA DOR
 COM DOR SEM DOR MELHORA COM MEDICAÇÃO? SIM NÃO
HIGIENE PESSOAL
 COM AUXÍLIO SEM AUXÍLIO NO LEITO ASPERSÃO

APARELHO RESPIRATÓRIO
 EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 RONCOS SIBILOS ESTERTORES
 CATETER NASAL O2 CONTÍNUO INTERMITENTE
 MARCONEBUZIZAÇÃO AR AMBIENTE TUBO TRAQUEAL TRAQUEOSTOMIA
 SE O2: _____ L/MIN: _____

ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL
 CLARA FLUIDIFICADA PURULENTA ROLHOSA
MUDANÇA DE DECÚBITO
 NÃO 2/2h 3/3h ROLHOSA EM BLOCOS

OSTOMIA
 PRESENTE AUSENTE TIPO: _____
 LOCAL: _____ DÉBITO: _____ ml ASPECTO: _____
 BAIXO MODERADO ALTO

GRAU DE DEPENDÊNCIA
SINAIS VITAIS
 HORA: _____
 PRESSÃO (mmHg): _____
 PULSO (bpm): _____
 RESPIRAÇÃO (l/rpm): _____
 TEMPERATURA TAX: _____
 DEXTRO (mg/dl) HORA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 DATA/HORA: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____



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

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

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

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

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

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

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

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PUPILAS
 () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Alterações:
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Afebril () Febril () Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 () Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
 Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Alterações:
 () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL
 () Normotenso () Distendido () Globoso
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Alterações:
 () Anúria () Oligúria () Clatostomia () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
 () Irrigação contínua () Outros: _____ () Presente () Ausente () Colostomia
 Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____
 () Normocorada () Ictérica () Anictérica () Edema Local: _____
 Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Curativos: () Sim () Não Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

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	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações	() Manter grades laterais elevadas
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
TOTAL:		() Auxiliar o paciente na higiene
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44	() Manter cama com rodas travadas
Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção ao leito
Não 0	Sinalização do Risco:	() Manter vigilância de ____ horas.
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Calçado seguro nos pés
		() Material de uso pessoal ao alcance da mão
		()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

118-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	7/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA SN				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
10	SSVV + CCGG				ROTINA
11	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				NFF (16)
12	HEPARINA NÃO FRACION 5000UI SC 2X DIA SE Ñ TIVER ITEM 11				(ATENÇÃO) NFF
13					
14					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	104x64	74	/	35,2	D+EG
12 H	111x80	83	-	36	
18 H	115x83	79	-	36,8	
24 H	91x64	71		35,3c	D+EG

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Oleto paciet no leito, sem queixas, realizado SSVV.
Cpm. segue aos cuidados de Enfermagem. Aux. Resolva.



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

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada Alterações: _____
() Normocorada () Ictérica () Anictérica Flatos: () Presente () Ausente
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 de volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão:09

Elaborada: 02/2013

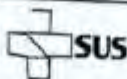
Atualizada: 03/2020

Paciente: *Adelton Souza da Cunha*

Leito: *18-3*

Data: *07/10/2022* Hora: *:*

Localização		Região: <i>MFC</i> () Grau I (<input checked="" type="checkbox"/>) Grau II		Região: _____ () Grau I () Grau II
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (<input checked="" type="checkbox"/>) Granulação () Epitelização () Ferida fechada		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada	
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/>) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <i>Bioten</i>		() Gaze () Colagenase/fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário (<input checked="" type="checkbox"/>) 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Milidiane Pereira da Cruz</i> Enfermeira C.R.E.O. 060.5316-308		<i>Milidiane Pereira da Cruz</i> Enfermeira C.R.E.O. 060.5316-308	
Observações:	_____		_____	



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Anderson Luiz da Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/07/1995

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FX DIAB. insul AS função estomaco.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto crônico

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

EX. FIBRO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FX DIAB. Insul (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Oncofobia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Bruno Marcelo Gomes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/10/2010

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

Dr. Bruno Vieira de Lima

CRM 1234

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - 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)

0408050519
5723
1799

R/O



Adilson Souza da Cunha

BOLETIM OPERATÓRIO

09
Data: 08/10/2020 O.S

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FX AA + fratura (S)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESIS

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: X

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM-RR 1615
Coordenador MIP

CIRURGIÃO: Dr. Pedro / Marcelo Gomes 1º AUXILIAR: Dr. Marcos Acunã

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DTA sob plano anestésico
- 2) AA + CCB
- 3) Exatidão lateral do fratur (S)
- 4) Divulsão AA + focos fraturas + remoção cunhas +
- 5) Fixação com placas + parafusos
- 6) LMC com SF 0.97
- 7) Controle radiológico
- 8) Sutura por planos
- 9) Curativo
- 10) RPA

118-3

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE Adelton Souza da Cunha

AGNÓSTICO RX DISTENSAO DO TALAR (E)

ALERGIAS HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

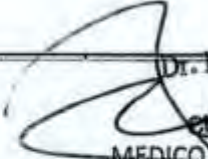
IDADE _____ LEITO _____ DATA 08/10/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mantida
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	S/N 20 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	(12) 20 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	(fusp)
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Passiva
14	CURATIVO DIÁRIO	Passiva
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	78x54	80		35.4
18 H	99x60	93	18	35.9
24 H				


Dr. Bruno Vieira de Lima
 CRM-RR 1231
 CNS 980016287984522
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

118-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	8/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE <i>DIETA ZERO APANHADA 22h</i>				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA SN				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
10	SSVV + CCGG				ROTINA
11	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				<i>No F (16)</i>
12	HEPARINA NÃO FRACION 5000UI SC 2X DIA SE Ñ TIVER ITEM 11				<i>Atenção</i>
13					
14					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

CX PROGNÓSTICA P/ AMANHÃ

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	<i>110x70</i>	<i>69</i>		<i>35.0</i>
12 H	<i>116x81</i>	<i>75</i>		<i>34.98</i>
18 H	<i>110x60</i>	<i>74</i>		<i>36.4</i>
24 H	<i>90x60</i>	<i>70</i>		<i>35.0</i>

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231



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

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

1183

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISARIA ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	118-3	DATA	9/10/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA SN				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
10	SSVV + CCGG				ROTINA
11	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				16
12	HEPARINA NÃO FRACION 5000UI SC 2X DIA SE Ñ TIVER ITEM 11 (A ZEN LIAO)				46
13					
14					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231



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

Data: ____/____/20 Enfermaria: Leito:
 Nome Completo: DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____
 Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos
 Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M
 Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____
 Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____
 Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____
PUPILAS **REGULAÇÃO TÉRMICA**
 () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

() Edema Local: _____
 Risco de Lesão 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 no quadro de posturas/limitações
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 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: _____



A HC

300-3

329

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 09/10/2020

PACIENTE: ANDRÉSON SOUZA DA SILVA

DN: 07/07/1995

DIAGNÓSTICOS: _____

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: RAA
- 2- PACIENTE: ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA: VIA ORAL () SNE () OUTRA _____
- 4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____
- 5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____
- 6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____
- 7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Oflazina

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

CX de transcateterismo, ETTA
afusamento com o H de oxigênio

Boa Vista, 09 de 10 de 2020. Hora: _____

Dr. Bruno Vieira de Lima

CRM-RR 123

CNS 98001528/984622

CRM 1231, RA

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



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 - berossol () Gotícula - parafitos

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

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

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

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

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

PUPILAS
 () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febri () Hipertérmico
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso
 Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
 Tachicardismo Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
 () Anúria () Oligúria () Clístostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 () Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
 Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Fitos: () Presente () Ausente
 () 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 de 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 da Integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	0 Orientado/limitado/conhece as limitações
Sim 15	25 Superestima capacidade/Esquece limitação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 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 continência ao leito
() Manter vigilância de ____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	15/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				16
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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					
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120 x 70	83		36,2
12 H	100 x 80	84		36,8
18 H	122 x 70	81		36,6
24 H	120 x 60	85		36,2

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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

Data: 15/09 / 20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

Adelson Sousa de Lencastre

DN: / /

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não

Qual(is): Padrão () Contato () Gotícula - berrossol () Gotícula - perdigotos

Paciente Indígena: Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Sexo: () F () M

Possui acompanhante: Sim () Não

Obs:

Qual idioma:

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO

PUPILAS

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

REGULAÇÃO TÉRMICA

Afebril () Febril () Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

Alterações: () Edema Local: () Ausente

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse


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



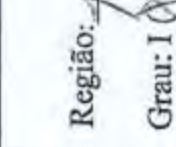
Registro Geral:

20h - Paciente sem intercorrências até o momento segue aos cuidados

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: [Assinatura]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>Adelton Souza da Cunha</i>	Data: <i>15/09/2020</i>			
Leito: <i>MS.1</i>					

Localização			Região: <i>pele no Espando</i> Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>Expanseo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <i>Adelton Souza da Cunha</i> () 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <i>Adelton Souza da Cunha</i> () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE
Assinatura:					

Ass. Conselho de Supervisão
Bisieleia Carvalho Goulado
Gerente do Núcleo
Gerentes de Feridas
Tratamento de Feridas
COREN-PR 507.795/TE
COREN-PR 488.579-ENF

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	16/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				10
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):				
22	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
23	5UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.				
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	136x80	72	—	36
12 H	130x90	73	23	35,00
18 H	120x70	78	20	36,6
24 H	126x86	90		36,0

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

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

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

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

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

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

118-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	17/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				8 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				10
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	117x79	94	-	35,8
12 H	117x60	77	20	36,8
18 H	130x70	89	24	35,9
24 H	110x76	78	-	36,3

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Marthys (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

17:00
 Paciente no leito, sem queixas para o momento. Medicamentos administrados e P.M. Segue aos cuidados da enfermagem





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

Data: 17/10/20

Enfermaria: _____

Leito: 318-3

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 () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____**REGULAÇÃO ABDOMINAL**() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceltação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia**CARACTERÍSTICAS DA PELE**() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____Alterações: _____
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOSCateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Curativos: () Sim () Não Local: _____**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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

Escala de Morse**Prescrição de Cuidado Prev Quedas**

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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Adelmar Souza*













Leito: *118-L*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: *17/03/2020*

Localização		Região: <i>MZE</i>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()		Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco		<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rosângela V. Freitas</i> Técnica de Enfermagem CREFEN-RR 13112-45	<i>Regina Silva Rodrigues</i> Técnica de Enfermagem CREFEN-RR 13112-45		<i>Regina Silva Rodrigues</i> Técnica de Enfermagem CREFEN-RR 13112-45
Observações:				

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	18/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				16
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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 60% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					


EVOLUÇÃO MÉDICA:



#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x70	80		36,6
12 H	120x70	83	20	36,6°C
18 H	120x70	80	22	36,2
24 H	120x70	75	19	36,9

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Adelson Souza de Silva</i>	Data: <i>18/09/2020</i>		

Localização		Região: <i>perine espando</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II () Grau: I () II ()	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II () Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <i>separado</i>	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Troca	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR-507.795/IE	Elisolena Carneiro Gótsch Gerente de Enfermagem Técnica em Enfermagem COREN-RR-433.574/IE-ENF	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Observações:	_____ _____ _____			

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO **118-1** DATA **19/9/2020**

ÍTEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 DIETA ORAL LIVRE SND

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO MANTER

3 SF 0,9% 500ml EV ACM ACM

4 OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA 6^o

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H SN SN

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN SN

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) SN

8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG SN

9 SSVV + CCGG 6/6 H ROTINA

10 _____

11 _____

12 CURATIVO DIÁRIO CURATIVO

13 CLEXANE 40mg SC 1xdia 16.

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

19 _____

20 _____

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

23 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	116x75	72	-	36,2	-
12 H	120x60	79	24	36,50	
18 H	130x80	84		35,0	
24 H	114x70	78	-	36,6	-

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231



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

Data: 10/08/2010 Enfermaria: 118 Leito: 1

Nome Completo: Adelson Carneiro de Azevedo - Univ. 07, 07, 55

Hipótese Diagnóstica: fx de fêmur

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

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

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

Possui acompanhante: Sim Não Obs: _____

Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO
 Consciente Orientado Desorientado Agitado Não Reage Alterações: _____

PUPILAS
 Fotorreagente Mióticas Midriática Afebril Febril Hipertérmico
 Isocóricas Anisocóricas Não reagentes Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Eupneico Bradipneico Taquipneico Dispneico Ar ambiente Traqueostomia Aspiração
 Oxigenoterapia: Sim Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico Normotenso Distendido Globoso
 Pulso Chelo Filiforme Arritmico Ruidos Hidroaéreos: Presente Ausente
 Nome Físico: _____ Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 Espontâneos SVD Fralda Uropen VO SNG/SOG SNE/SOE GTT
 Anúria Oligúria Cistostomia Aceitação da dieta: Sim Não Parcial
 Irrigação contínua Outros: _____ Evacuações: Presente Ausente Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 Hidratada Desidratada Ressecada Edema Local: _____
 Normocorada Ictérica Anictérica Alterações: _____
 Lesão por pressão: Sim Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATÉTERES/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: Travesseiro MIE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse

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

Registro Geral: Paciente sem Quedas

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

1183

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	20/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11					
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				7h
14					
15					
16					
17					
19					
20					
23	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI 251-300; 4UI 301-350; 6UI 351-400; 8UI > 400. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EURNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

Dr. Anderson S. Martins
 Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1984

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	77		36
12 H	90/70	80		36,5
18 H	90/60	70		36,2
24 H	90/60	84		37

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231



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

118-1

Data: 20/09/20 Enfermaria: Leito:

Nome Completo: DN: ___/___/___

Hipótese Diagnóstica:

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

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

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

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO

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

PUPILAS

(x) Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico

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

REGULAÇÃO TÉRMICA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

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

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: Alterações:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

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

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua: () Outros: Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada (x) Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Edema Local: () Presente () Ausente

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: (x) 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
(x) Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	(x) 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	(x) Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas


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



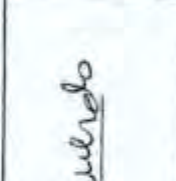

Registro Geral:

Maneja segue no leito sem quedas, ativo, limpo orientado, expulso segue aos cuidados de enfermagem.

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: *[Assinatura]*

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: <u>Adelson Souza</u> Leito: <u>48-1</u>		
Data: <u>20/09/2020</u>					

Localização	 	Região: <u>M. F. Frequente</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()	 	Região: _____ Grau: I () II ()	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Enfermeira V. Freitas</u> Técnico de Enfermagem TCC nº 573693 TE Colégio: RR 438.579-ENF	<u>Enfermeira V. Freitas</u> Técnico de Enfermagem TCC nº 573693 TE Colégio: RR 438.579-ENF	<u>Enfermeira V. Freitas</u> Técnico de Enfermagem TCC nº 573693 TE Colégio: RR 438.579-ENF	<u>Enfermeira V. Freitas</u> Técnico de Enfermagem TCC nº 573693 TE Colégio: RR 438.579-ENF	
Observações:	_____ _____ _____				

118-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	21/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11					
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				18
14					
15					
16					
17					
19					
20					
23	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				


EVOLUÇÃO MÉDICA:



#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x70	80	18	36,3
12 H	110x70	75	-	36,2
18 H	130x70	78	-	36,3
24 H	114x62	74	-	36,3

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Adeilson Souza do Rêgo</i>	Data: <i>21/09/2020</i>		

Localização			Região: <i>pele exposta</i>	Região: _____
Etiologia	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II () <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <i>esparadrapo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.785/TE	Elisleia Carvalho Gotado Garanta da Saúde Tratamento de Feridas COREN-RR 408.579-ENF		
Observações:	_____ _____ _____			

118-9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	22/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					-
11					-
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				(16)
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	106x67	84	-	36.2°C
12 H	127x64	70	22	35.9°C
18 H	100x70	84	-	36.3
24 H	129x75	79	-	36.2°C

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08





Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Adelton Souza da Cunha

Data: 23/09/2020

Leito: 48-1

Localização			Região: <u>MJ esquerda</u> Grau: I (X) II ()			Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() 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: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (X) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (X) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (X) Seco	() Molhado () Úmido (X) Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () 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%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE	<u>Amiliana do N. Silva</u> DREHRR 17.402-AE
Observações:						

Rosângela V. Freitas
Técnica de Enfermagem
COREH-RR 573093 TE

Rosângela V. Freitas
Técnica de Enfermagem
COREH-RR 573093 TE

Elisclay Carvalho Gotardo
Gestora de Núcleo
Cirurgia e Feridas
Tratamento de Feridas
Especialista em Feridas
EINF 168.818/9-EINF

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	24/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 NTF
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					
11					
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				NTF 10
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

[Assinatura]
 Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/70	72	-	35.6
12 H	125/85	78	22	36
18 H	109/70	95	-	37.5
24 H	120/80	79	-	36.9



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

Data: 24 / 09 / 20 Enfermaria: _____ Leito: 118-1
 Nome Completo: Adelson Sousa da Costa DN: / /

Hipótese Diagnóstica: _____
 Prevenção: () 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: _____

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

PUPILAS
 () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____
REGULAÇÃO TÉRMICA

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso
 () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____
REGULAÇÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
 () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 () Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
 Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____
 () Normocorada () Ictérica () Anictérica
 Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

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

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020



Paciente:

Adelben Souza da Cunha

Leito:

118.1

Data: *24/09/2020*

Localização		Região: <i>MEMO ESQUERDO</i>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>1</u> Tração <u>1</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>1</u> Tração <u>1</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido pouco () Seco	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido pouco () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>esparadrapo</i>	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário <i>12/12</i> () 48/48h	(<input checked="" type="checkbox"/>) Diário <i>12/12</i> () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Isac Cunha da Silva Garcia</i> Téc. em Enfermagem COREN-PR 50475/2022	<i>Adonilde Vieira Araujo</i> Técnica em Enfermagem COREN-PR 50475/2022		
Observações:				

187

B6-A 118-3



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

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Visto
07/0

2001265823 05/09/2020 07:44:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 1

Paciente: **ADELSON SOUSA DA CUNHA**
Data Nascimento: 07/07/1995 Idade: 25 A 1 M 29 D
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 08/04/2011
Mãe: **LUCIRENE DE ANDRADE SOUSA**
Endereço: **RUA - MURILO TEIXEIRA CIDADE - 452 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE CARRO**
Setor: **GRANDE TRAUMA**
Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**
Tipo de Chegada: **RESGATE**
Nº da Carteira: Profissional do Atend.:
Validade: Autorização: Temp. Peso Pressão:
Procedência: Procedimento Sol.:
Registrado por: **EDILEUDA.SOUZA**

Queixa Principal: **Colisão moto-carro**
 Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: amnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
GSC AD:1234 RV:12345 MRV:123456 TOTAL 15

PCT trazido pelos bombeiros vítimas de colisão moto-carro (queixando de dor e ferma) (E).

Exame Físico: **DEB, AAA, LITE, Espirais. Dor e limitação de movimento em perna (E) (E)**
Hipótese Diagnóstica: **Colisão e Catavila (E)**

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 - Difenidramina 50 mg EV 08		
2 - Paracetamol 400mg EV 08		

Conduta:
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revella Internação
 Transferência para: **Ortopedi T.** 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: edileuda.souza
Data Hora: 05/09/2020 07:44:51

JUNYRMACAS
Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038



2001265823

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Adelson Souza do Carmo

Leito:

118.3

Data: *03/09/2020*

Localização		Região: <i>perna Esquerda</i>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <i>pouco</i> () Seco		<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <i>esparadrapo</i>		<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <i>Manha</i> () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde <i>Wanda</i> Araujo Técnica em Enfermagem COREX-RV 507.795/TE		<i>Wanda</i> das Cavalariadas São Gonar Téc. em Enfermagem OCORRENTE 854.622	
Observações:				



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

Data: 05 / 09 / 20 Enfermaria: 118 Leito: 01
 Nome Completo: Aideilton Sousa Cunha - div. 21, 09, 74

Hipótese Diagnóstica: FX MIE + trauma
 Prevenção: Sim Não Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos
 Alergia: Sim Não Qual (is): _____
 Paciente Indígena: Não Sim Necessidade de Intérprete? Sim Não Sexo: F M
 Possui acompanhante: Sim Não Obs: _____ Qual idioma: _____
 Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida:

Consciente Orientado Desorientado Agitado Não Reage Alterações:
SISTEMA NEURÓLOGO

PUPILAS
 Fotorreagente Mióticas Midriática Alterações:
 Isocóricas Anisocóricas Não reagentes Afebril Febril Hipertérmico
 Alterações: _____

Eupneico Bradipneico Taquipneico Dispneico Ar ambiente Traqueostomia Aspiração
SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Oxigenoterapia: Sim Não Qual: _____

Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico Normotenso Distendido Globoso
SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Pulso Chelo Filiforme Arritmico Ruidos Hidroaéreos: Presente Ausente
 Alterações: _____

Espontânea SVD Fralda Uropen VO SNG/SOG SNE/SOE GTT
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 Anúria Oligúria Cistostomia
 Irrigação contínua Outros: _____

Hidratada Desidratada Ressecada Edema Local: _____
 Normocorada Ictérica Anictérica
 Lesão por pressão: Sim Não Região: _____
CARACTERÍSTICAS DA PELE

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: Sim Não Local: AVB Data: 05.09.20 Trocar em: 07/09/2020
 Cateter Central: Sim Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinais de infecção no sítio da punção: Sim Não Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Dreno de: _____
 Curativos: Sim Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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





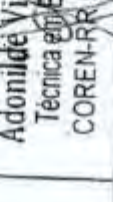

Escala de Morse

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

Registro Geral: Baixo Risco ; EGR
 Enfermeiro Assinatura e Carimbo: Rogor Gomes de Melo
 COREN-RR 200.542-ENF

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Adelson Souza de Lima</i>	Data: <i>06/09/2020</i>		
Leito: <i>1181</i>					

Localização			Região: <i>parte superior</i>		Região: <i>parte superior</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/>) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/>) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso (<input checked="" type="checkbox"/>) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso (<input checked="" type="checkbox"/>) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido pouco () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido pouco () Seco		<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido pouco () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>esparadrapo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>esparadrapo</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>ATE + esparadrapo</i>	
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário <i>Manhã</i> () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário <i>Manhã</i> () 48/48h		() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário <i>Manhã</i> () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	 Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		 Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	
Observações:					

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO **118-1** DATA **7/9/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	(6)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	DEXTRO 12/12H	06 18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA	10
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	1x
14		
15		
16		
17		
19		
20		
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 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loami Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	SatO2
6 H	118 x 71	88	-	35,5	
12 H	115 x 76	86	-	35,7	
18 H	115 x 80	87	-	35,7	
24 H	132 x 81	92	-	37,7	108

Diagnóstico: Paciente com fratura, comutadas, iniciadas, sem queixas. De acordo com a prescrição as medicações foram feitas. Sinais vitais, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.





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

Data: 07/09/20 Enfermaria: _____ Leito: 118-2

Hipótese Diagnóstica: FX MIE + TRAUMA Univ. 21/07/21

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

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

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

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____ Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PUPILAS
 Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

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

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

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 Espontânea () SVD () Fraída () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
() Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: MSE Data: _____ Trocar em: ____/____/____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Dreno de: _____ Curativos: () Sim () Não Local: MIE

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 15
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinização 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/Cambalcante 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: Paciente com bem sabido
que segue em cuidados

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: [Assinatura]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Adelson Souza





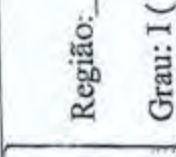

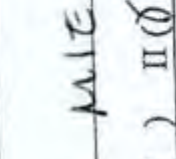









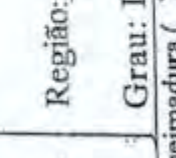

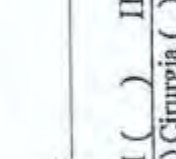



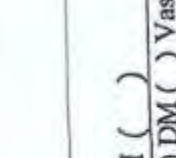



Leito: 118-1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 07/09/2020

Localização		Região: <u>MLE</u>		Região: _____
Etiologia		Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)		Grau: I () II ()
Aparência do Leito		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Pele Perilesional		(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
Tipo de Exsudato		() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato		() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca		() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		 Renata Silva Rodrigues CC. 015272 - AE		
Observações:				

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	8/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	DEXTRO 12/12H				06-18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				16
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DEXTRO
6 H	120/70	75		36	
12 H	130/70	90		36	
18 H	130/80	90	-	37,0	
24 H	120/70	80		36	

VEPERTINO:

18: DEXTRO: 122. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES.
PACIENTE SEM QUEIXAS + MEDICADO, SSVV AFEIÇÕES. SEGUE
AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Trocado AVP com Glicose 50% 20.

Deolindo Reges de Melo
Téc em Enfermagem
COREN-RR 509.886

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 - periótos

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

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

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

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

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

SISTEMA NEURÓLOGO
PÚPILAS
 () Fotorreagente () Miéticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
 () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
 () Espontânea () SVD () Pralida () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia
 () Irrigação contínua () Outros: _____

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
 () VO () SNG/SOG () SNE/SDE () GTT
 Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
 Alterações: _____
 Flatos: () Presente () Ausente
 () Edeema Local: _____

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




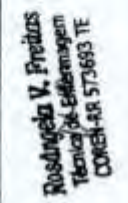

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não 0	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Manter grades laterais elevadas
Sim 15	25 Superestima capacidade/Esquece limitações	() Identificar o risco de queda no placa de identificação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	()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

Registro Geral: _____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: <u>Adelson Souza</u> Leito: <u>48-1</u>		
			Data: <u>08 03 2020</u>		

Localização		Região: <u>M.I. Esquedo</u> Grau: I (X) II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				Rosângela V. Freitas Técnica de Enfermagem COREN-PR 573693 TE
Observações:				

118-1

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO: **FX DE FEMUR**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: **118-1** DATA: **9/9/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	(6 ^h) NTR
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	06 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	03 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	DEXTRO 12/12H	06/18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA	08:10
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	16
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP
6 H 106x67	76	D+E(-)	36,3°C
12 H 127x76	77	-	36,6°C
18 H 116x62	86	-	35,9°C
24 H 118x84	80	D+E(-)	37,5

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Yoamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

06h Pac. no leito, sem intercorrências, realizado medição de caxax e SSVV cpm. segue aos cuidados de enfermagem.
Dr. Alex. Rosalva



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

Bloco: _____		Data: _____		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____				DN: / / _____		Sexo: () F () M	
Hipótese Diagnóstica: _____							
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos							
Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____							
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual Idioma: _____							
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____							
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante							
SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage				SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____			
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes				AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente			
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia				REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Aclanótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____							
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
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							
Sondas: () Sim () Não () SNG		() SOG () SNE () SOE () GTT		() Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não		Data da instalação: _____		Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não		Tipo: _____		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		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado					
Não 0		Não 0					
Sim 25		Sim 20					
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação					
Não 0		Normal/Sem deambulação/Acamado 0					
Sim 15		Fraca 10					
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante 20					
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		6. Estado Mental					
Muleta/Bengala/Andador 15		Orientado/limitado/conhece as limitações 0					
Mobilidade Parede 30		Superestima capacidade/Esquece limitação 15					
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44		Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso							

118-1

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **ADELSON SOUSA DA CUNHA**

DIAGNÓSTICO **FX DE FEMUR**

ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO **118-1** DATA **10/9/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	DEXTRO 12/12H	06 (18°)
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA	-10
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	10
14		
15		
16		
17		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Outro
6 H	90x30	94		36,8	97
12 H	75/52	88		36,4	
18 H	110/60	96		37,0	
24 H	100x60	86		36,5	93

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2036
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



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

Data: 10/09/20

Nome Completo: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não

Paciente Indígena: () Não () Sim

Possui acompanhante: () Sim () Não

Deambulação: () Normal () Acamado

Qual (is): () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Necessidade de intérprete? () Sim () Não Sexo: () F () M

Obs: _____ Qual idioma: _____

Cadeira de rodas () Comprometida: _____

() Consciente () Orientado

SISTEMA NEURÓLOGO

() Fotorreagente () Mióticas

() Isocóricas () Anisocóricas

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

() Midriática () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Eupneico () Bradipneico

Oxigenoterapia () Sim () Não

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

Qual: _____

() Normocárdico () Bradicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme

Nome Físico: _____

Bulhas Cardíacas: _____

() Taquicárdico () Arritmico

Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Espontânea () SVD () Fria () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

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

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

() Hidratada () Desidratada

() Normocrada () Ictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

() Ressecada () Anictérica

Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS...

Cateter Periférico: () Sim () Não

Cateter Central: () Sim () Não

Sinais de infecção no sítio da punção: _____

Dreno de: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

Local: _____

() Sim () Não

Aspecto da secreção: _____

Data: _____

Curativo realizado em: _____

Aspecto da secreção: _____

Trocar em: ____/____/____

Trocar em: ____/____/____

Quantidade: _____

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 deficientes

() 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 15

2. Diagnóstico Secundário

Não 0

Sim 15

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0

Sim 20

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobiliário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL: _____

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco: _____

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

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

() Manter cama com rdas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas.

() Colchão seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		118-1	DATA	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 ⁰⁰
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				20 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	DEXTRO 12/12H				18⁰⁰
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				16 ⁰⁰
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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					

Previsão


EVOLUÇÃO MÉDICA:



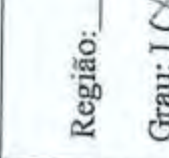


ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Outros
6 H	114x72	87	20	37,7	
12 H	120x67	92		36°C	
18 H	102x64	97	-	37,2	
24 H	107x62	88	16	37,4	98

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamiriana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: Adelson da <i>conceição</i>	Data: 11/09/2020			
Leito: 1181					

Localização			Região: <u>MAI E</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>E</u> Tração <u>E</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (x) II ()	Grau: I () II ()		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (x) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necros: Amarela/Negra () Esfácelo () 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 () Serossanguíneo (x) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (x) 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 () 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:			Rosângela V. Freitas Téc. de Enfermagem COREN-RR 573893 TE		
Observações:	_____				

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	12/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6x
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN 10:40
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	DEXTRO 12/12H				(06) 18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10e
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				16
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
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					

118-1

10:40

glucosa

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	118x72	91	-	35,7
12 H	112x69	89	-	36,0
18 H	105x50	82	-	36,0
24 H	122x76	84	-	36,0

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231



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

Bloco: _____ Data: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: _____ DN: / / Sexo: F M

Hipótese Diagnóstica: _____
 Isolamento ou Precaução: Sim Não Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos

Alergia: Sim Não Qual (is): _____
 Necessidade de intérprete? Sim Não Qual Idioma: _____

Possui acompanhante: Sim Não Obs: _____
 Deambulação: Normal Sem deambulação Acamado Cadeira de rodas Fraca Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Chelo <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
--	---

PUPILAS <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríatica <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceleração da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
--	---

REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---

CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
--	--

<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia
---	--

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

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
 Sondas: Sim Não SNG SOG SNE SOE GTT Lavagem Sifonagem
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Cateter Vesical: Sim Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____
 Prótese: Sim Não Tipo: _____ Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse

1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15	5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30	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	

Prescrição para prevenção de queda no verso

H G R

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - Bloco A

118-3

PACIENTE: A. de Sousa da Cunha REGISTRO: 118-3
 DATA: 16/09/2020
 IDADE: 118-3
 PESO: 118-3
 ENFERMARIAS: Fx MLE + Trips
 MEDICO: 118-3

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS
 CONSCIENTE ORIENTADO
 DESORIENTADO TORPOSO
 REAGE A DOR NÃO REAGE A DOR
 OBEDECE A COMANDOS VERBAIS NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS
 COMATOSO PRECISA DE SEDAÇÃO

DEFICIÊNCIAS
 AUDITIVA SIM NÃO VISUAL SIM NÃO FÍSICA SIM NÃO
 QUAL: _____

SONO E REPOUSO
 PRESERVADO AGITADO PREJUDICADO POR: _____

ALIMENTAÇÃO
 ACEITAÇÃO: SIM: NÃO: PARCIAL TOTAL: JEJUM: _____

VIAS: ORAL SNG SNE GTT NPT
 OCORRÊNCIA: Sonda Aberta Sonda Fechada
 Vômito Resíduos Gástricos

ACESSO VENOSO
 CENTRAL PERIFÉRICO LOCAL _____ DATA _____ HORA _____
 DISSECÇÃO SINUSIS MSE
 FLOGÍSTICOS SIM NÃO

CURATIVO
 SIM NÃO REGIÃO: _____
 ABERTO OCLUSIVO COMPRESIVO

DRENO
 SIM NÃO TIPO: _____
 LOCAL: _____ SECREÇÃO/VOLUME: _____

INTEGRIDADE DA PELE
 PELE ÍNTEGRA F.O HIDRATADA
 DESIDRATADA ESCORIAÇÃO ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS
 REGIÃO DA LESÃO: _____

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS
 ESPONTÂNEA SOB ESTÍMULOS S.V. DE ALÍMVO
 S.V. DE DEMORA ASPECTO: _____ VOLUME: _____

ELIMINAÇÃO FECAL
 PRESENTE AUSENTE FREQUÊNCIA Nº X: _____
 CONSTIPAÇÃO DIARRÉIA NORMAL

AVALIAÇÃO DA DOR
 COM DOR SEM DOR MELHORA COM MEDICAÇÃO SIM NÃO

HIGIENE PESSOAL
 COM AUXÍLIO SEM AUXÍLIO NO LEITO ASPERSÃO

APARELHO RESPIRATÓRIO
 SUPINEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 RONCOS SIBILOS ESTERTORES
 CATETER NASAL O2 CONTÍNUO INTERMITENTE
 MARCONEBUZIZAÇÃO AR AMBIENTE TUBO TRAQUEAL TRAQUEOSTOMIA

ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL
 CLARA FLUIDIFICADA PURULENTA ROLHOSA

MUDANÇA DE DECUBITO
 NÃO 2/2h 3/3h ROLHOSA EM BLOCOS

OSTOMIA
 PRESENTE AUSENTE TIPO _____
 LOCAL: _____ DEBITO: _____ ml ASPECTO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA
 BAIXO MODERADO ALTO

SINAIS VITAIS
 HORA: 09:50
 PRESSÃO (mmHg): 115x70
 PULSO (bpm): _____
 RESPIRAÇÃO (rpm): _____
 TEMPERATURA TAX: 36,60
 DEXTRO (mg/dl) HORA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 DATA/HORA: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° I

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

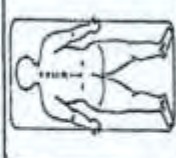

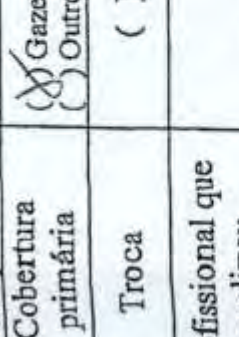
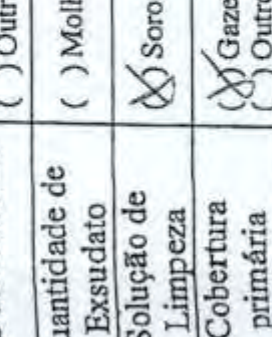
Paciente:

Adelton Souza de Castro

Leito:

118.1

Data: *12/09/2020*

Localização		Região: <i>perna esquerda</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>enfaçon</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Adonides Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 1507.795/TE	 Adonides Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 1507.795/TE		
Observações:				

Ave. Duque de Caxias, 300 - Curitiba - PR - CEP: 81531-900
Fone: (41) 3333-3000

118-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-1	DATA	13/9/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	DEXTRO 12/12H	06 18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA	18
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia	16
14		
15		
16		
17		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI: 251-300: 4UI: 301-350:
 5UI: 351-400: 8UI: > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML
 23 COSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

Dr. Pedro ... Médico CRM-RR 2026

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Doctores
6 H	120x70	80		36.2	↓
12 H	120x79	93		36.2°C	↓
18 H	120x68	105		37.4°C	↓
24 H	120x72	105			↓

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231



H G R

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - Bloco A

PACIENTE:		REGISTRO:	
DIAGNÓSTICO:	DATA: / /	IDADE:	
ENFERMIA/LEITO:		PESO:	
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> REAGE A DOR <input type="checkbox"/> NÃO REAGE A DOR <input type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS VERBAIS <input type="checkbox"/> NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> PRECISA DE SEDAÇÃO			
DEFICIÊNCIAS AUDITIVA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
SONO E REPOUSO <input type="checkbox"/> PRESERVADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> PREJUDICADO POR:			
ALIMENTAÇÃO ACEITAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM; <input type="checkbox"/> NÃO; <input type="checkbox"/> PARCIAL; TOTAL: <input type="checkbox"/> JEJUM:			
VIAS: <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> Sonda aberta <input type="checkbox"/> Sonda fechada <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Resíduos gástricos			
ACESSO VENOSO LOCAL: DATA: HORA: <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> DISSECCÃO <input type="checkbox"/> SINAIS FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CURATIVO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO REGIÃO: <input type="checkbox"/> ABERTO <input type="checkbox"/> OCLUSIVO <input type="checkbox"/> COMPREENSIVO			
DRENO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TIPO: LOCAL: SECREÇÃO/VOLUME:			
INTEGRIDADE DA PELE <input type="checkbox"/> PELE ÍNTEGRA <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO REGIÃO DA LESÃO:			

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> SOB ESTÍMULOS <input type="checkbox"/> S.V. DE ALÍVIO <input type="checkbox"/> S.V. DE DEMORA ASPECTO: VOLUME:	
ELIMINAÇÃO FECAL <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE FREQUÊNCIA Nº X: <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> NORMAL	
AVALIAÇÃO DA DOR <input type="checkbox"/> COM DOR <input type="checkbox"/> SEM DOR <input type="checkbox"/> MELHORA COM MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
HIGIENE PESSOAL <input type="checkbox"/> COM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> SEM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> NO LEITO <input type="checkbox"/> ASPERSÃO	
APARELHO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> ELIPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> RONCOS <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> O2 CONTÍNUO <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> MARCONEBUILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> TUBO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA	
SE O2: LÍMIM:	
ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> CLARA <input type="checkbox"/> FLUIDIFICADA <input type="checkbox"/> PURULENTA <input type="checkbox"/> ROLHOSA	
MUDANÇA DE DECÚBITO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 2/2h <input type="checkbox"/> 3/3h <input type="checkbox"/> ROLHOSA <input type="checkbox"/> EM BLOCOS	
OSTOMIA <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> TIPO LOCAL: DEBITO: ml ASPECTO:	
GRAU DE DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO	
SINAIS VITAIS HORA: PRESSÃO (mmHg): PULSO (bpm): RESPIRAÇÃO (lpm): TEMPERATURA TAX: DEXTRO (mg/dl) HORA:	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DATA/HORA: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO:	

118-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	ADELSON SOUSA DA CUNHA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		118-1	DATA	14/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				60
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	DEXTRO 12/12H				06/18
11	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	CLEXANE 40mg SC 1xdia				46
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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.					
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

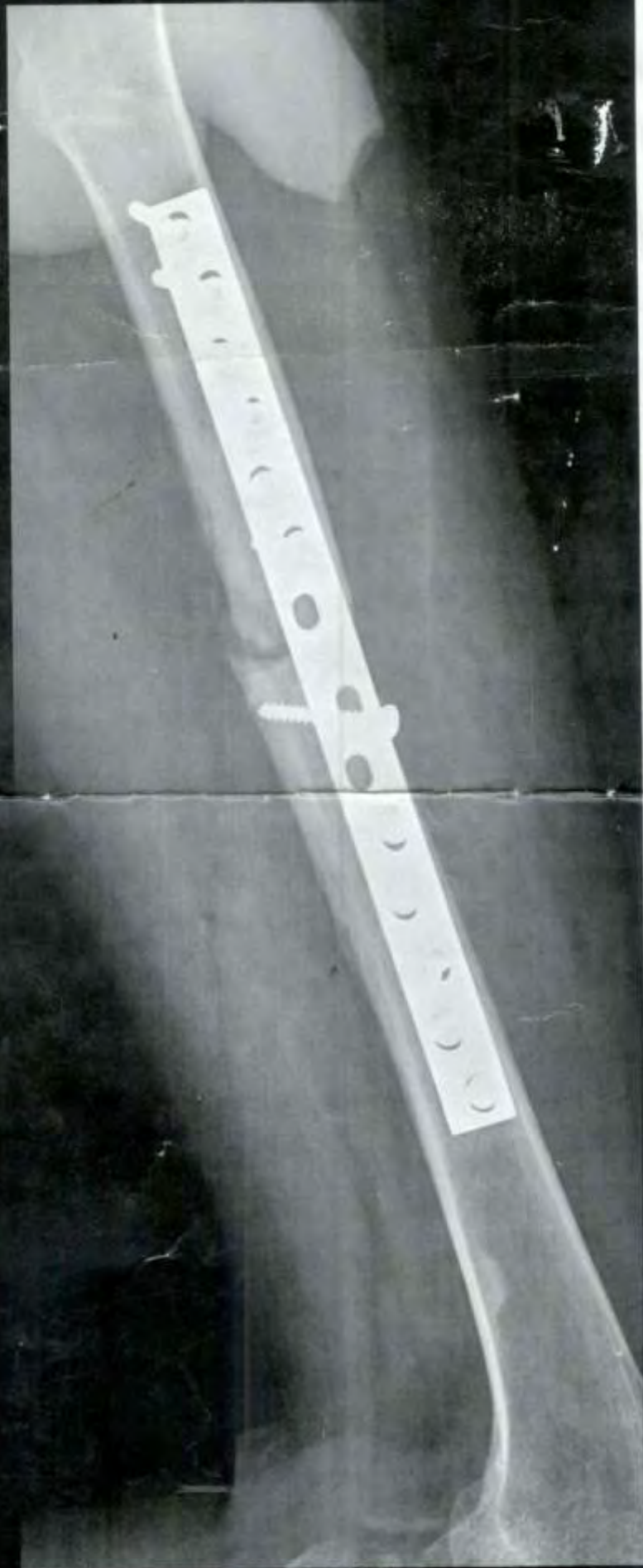
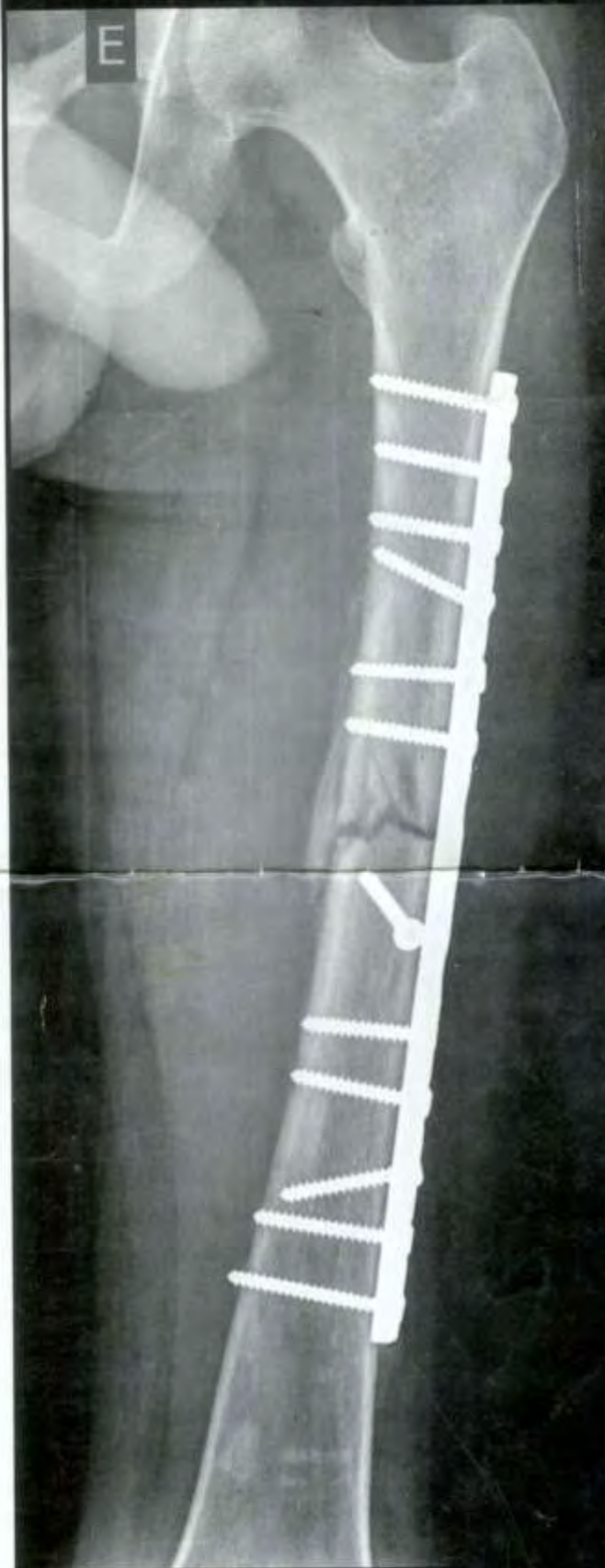
Racibon

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	84		36,2
12 H	130x90	100		36,30
18 H	119x70	92	22	37,3
24 H	115x70	86	-	37,6

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231



06/01/2021

82.9%

06/01/2021

7%

ADELSON SOUSA CUNHA
HOSPITAL CORONEL MOTA

97

Vilson



28/02/2021

00 6 %

28/02/2021

33

ADELSON SOUSA DÁ CUNHA

1466

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson

2013 2013

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14998492

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.132/91)




REGISTRO DO BRASIL

Maycon Quaresma Leirão

REGISTRO CIVIL



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO REGIONAL DE RORAIMA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

4441
MAYCON QUARESMA LEIRÃO

1974

VILAÇA
LUIZ GONZAGA PINHEIRO LEIRÃO
ANTONIA ELENILCE QUARESMA LEIRÃO

MAIORESIDADE
CRATEUS-DE

3153455 - SSP/RR
QUADRO DE REGISTRO E TITULO

NÃO

DATA DE NASCIMENTO
01/10/1989

958.241.242-10
01 18/08/2018

Maycon Quaresma Leirão

REGISTRO CIVIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROFESSOR
 424888-0

ADOLESCENTE
ADELSON SOUSA DA CUNHA

ALTADE SILVA DA CUNHA
 LICENCIADA DE ANDRADE SOUSA

BOA VISTA - RR

CERTIDÃO NASC. 101395 FLS. 184 LIV. A-0173
 BOA VISTA-RR

023.947.922-61

2ª VIA

AMADOR MACHADO TRINDADE
 PRESIDENTE

755/PASEP

19/02/2020

07/07/2005

LEI Nº 7.116 DE 29/03/05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
 REGISTRO DE ESTATO CIVIL E SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



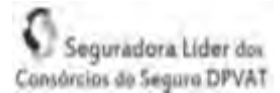
Polegar Direito



Adelson Sousa da Cunha

CARTÃO DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168740/21

Vítima: ADELSON SOUSA DA CUNHA

CPF: 023.847.922-61

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2020

Titular do CPF: ADELSON SOUSA DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAYCON QUARESMA LEITAO : 959.241.242-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ADELSON SOUSA DA CUNHA : 023.847.922-61

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: 10/09/2021
Nome: MAYCON QUARESMA LEITAO
CPF: 959.241.242-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

MAYCON QUARESMA LEITAO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ABELSON SOUSA DA CUNHA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: DESEMPREGADO

Identidade: 424888-0 SEP/RR CPF: 023897922-61

Endereço: R. MURILO T. CIBARE, 452, BR. SILVIO, LEITE

OUTORGADO:

Nome: MAYCON GUARAZMA LEITÃO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: ABVOGADO

Identidade: 315349-5 SSP/RR CPF: 959241242-15

Endereço: RUA SANTA CLARA, Nº 593, CENTENARIO

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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do proprietário, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA-RR, 25 DE AGOSTO DE 2021

Local e data.

Abelson Sousa da Cunha

Assinatura do Outorgante
(reconhecer por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178973/21

Vítima: ANTONIO ESTEVAM DO NASCIMENTO NE

CPF: 023.399.412-29

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2020

Titular do CPF: ANTONIO ESTEVAM DO NASCIMENTO NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO ESTEVAM DO NASCIMENTO NETO : 023.399.412-29

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: 21/10/2021
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO