



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE** João Teodoro dos Santos, brasileiro(a),  
estado civil: CASADO, Profissão: MECANICO,  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 140653 SSP/RR  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 167-682-291-00, residente e domiciliado  
(a) na RUA ROSA OLIVEIRA DO ARAUJO, nº 1338  
Bairro: Pinkblândia  
município Boa Vista /RR, telefone: 957991575040, E-mail:  
PAULOSOUZAVCM@HOTMAIL.COM vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

**OUTORGADOS:** SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

\_\_\_\_\_/RR \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

João Teodoro dos Santos

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Pálha de Souza  
OAB/RR 340B

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU:** João Teodoro dos Santos  
estado civil CASADO, RG nº 140653, e CPF  
nº 187 682-291-00, residente e domiciliado (a) na  
Rua Rosa Oliveira de Araujo Bairro:  
Pintolandia, Cidade Roraima  
- Roraima, telefone (95) 9911575040.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\*João Teodoro dos Santos

**DECLARANTE**

Perícia dia 06/08/19 AS 7-hs  
C/ Dra Regina

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JOAO TEODORO DOS SANTOS

DOC. IDENTIFICACAO/OUT. EMISSOR  
240823 DEF RJ

CPF  
187.582.291-00

DATA DE NASCIMENTO  
13/06/1958

PLACAO

MARIA TEODORO DOS SANTOS

SEX  
M

COLETA  
AS

RENOVACAO  
06/01/2019

VALIDADE  
12/06/2004

VALIDADE EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
860254881

PROIBIDO PLASTIFICAR  
860254881

JOAO TEODORO DOS SANTOS

DOC. IDENTIFICACAO/OUT. EMISSOR  
240823 DEF RJ

DATA DE NASCIMENTO  
13/06/1958

PLACAO

MARIA TEODORO DOS SANTOS

SEX  
M

COLETA  
AS

RENOVACAO  
06/01/2019

VALIDADE  
12/06/2004

VALIDADE EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
860254881

PROIBIDO PLASTIFICAR  
860254881

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazarra, 444 - Boa Vista - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazarra, 444 - Boa Vista - RJ



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitude-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



## MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

026138

Número

Série

0001-RR



João Teodoro dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador.....  
CGCMF.....  
Rua.....  
Município.....  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo.....  
CBO nº.....  
Data admissão..... de 19.....  
Registro nº.....  
Fis./Ficha.....  
Remuneração especificada.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/estl.....  
Data saída..... de 19.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/estl.....  
1º.....  
2º.....  
Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

14

Empregador.....  
SUPERMERCADO GAVIAO LTDA  
CGCMF.....  
Rua.....  
Município.....  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo.....  
CBO nº.....  
Data admissão 18 de Dezembro de 192017  
Registro nº.....  
Fis./Ficha.....  
Remuneração especificada.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/estl.....  
Data saída 17 de novembro de 192018  
Ass. do empregador ou a rogo c/estl.....  
1º.....  
2º.....  
Com. Dispensa CD Nº.....



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR		Nº 013161156225	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00902383167		2018
JOAO TEODORO DOS SANTOS		RR	
187.682.291-00		PLACA	NA56470
PLACA ANTIGUA		CHASSI	9C2JA04207R023396
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTONETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES		2006	2007
CAP. POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2R/0124CC/	PARTICU	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
*ISENTO*	*****	1*****	
FAIXA IVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
ISENTO (+ DE 10 ANOS)		3*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$181.29		R\$90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL DO SEGURO (R\$)	
R\$4.15		R\$185.52	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
X			
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO	
09/10/2018		09/10/2018	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SEIR 5M2			
DOCUMENTO DE PORTE OBSTACULIZADO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
ADA VISTA RR		DATA	
09/10/2018			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		
RR Nº 013161156225 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
2018		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
VIA	COD. RENAVAM	PLACA
01	00902383167	NA56470
ANO FAB.	ANO MOD.	CHASSI
2006	2007	9C2JA04207R023396
PRÊMIO TARIFÁRIO		
INS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$181.29	R\$9.03	R\$90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)
R\$4.15	R\$0.7	R\$185.52
PAGAMENTO		
X COTA ÚNICA		
DATA DE EMISSÃO		
09/10/2018		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.608/0001-04		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baptista, 434 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baptista, 434 - Boa Vista - RR





Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Gercas, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.087.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato conosco informe este número



Nº da Nota Fiscal 002911684

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	21/06/2019	447	316,31

MARIA FRANCISCA MACHADO  
R. ROSA O DE ARAUJO 1338 PINTOLANDIA  
CPF: 00022524924220  
CEP: 69.316-730 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.087600

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA		
Atual:		25711		Atual:	21/05/2019	
Anterior:		25264		Anterior:	18/04/2019	
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	18/06/2019	
Consumo Medido:		447		Emissão:	20/05/2019	
Consumo Faturado:		447	FCAH	Apresentação:	21/05/2019	
Perfil de Faturação:		NORMAL		Tipo de Consumo:		33

CLASSIFICAÇÃO	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESID. BA. RENDA	BI	131.000.795-4	M 1400097	1.4.1.1	388

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO
ABR/19 497	30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 448	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 404	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 414	227 A R\$ 0,748975 = 170,01
DEZ/18 347	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 51,56
NOV/18 414	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 26,10
OUT/18 396	
SET/18 302	
AGO/18 352	
JUL/18 339	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 H 30 - 0,000000	
01 H 30 - 0,000000	
02 H 30 - 0,000000	
03 H 30 - 0,000000	
04 H 30 - 0,000000	
05 H 30 - 0,000000	
06 H 30 - 0,000000	
07 H 30 - 0,000000	
08 H 30 - 0,000000	
09 H 30 - 0,000000	
10 H 30 - 0,000000	
11 H 30 - 0,000000	
12 H 30 - 0,000000	

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**  
Validamos quitação de débitos desta UC no ano de 2018 (até 12/07/2019) e FICAMOS AGRACIADOS. PARABÉNS! Até o dia 20/05/2019, não constatamos futuras vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5875.DDCA.0DDF.3673.565C.1539.8225.D514

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 74,56	Base de Cálculo: 290,21
Energia: 158,11	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 49,33
Encargos: 8,21	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 49,33	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Setor	Região	País	Setor	Região	País	Setor
Consumo	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Faturamento	3,13			6,00			0,84

DISTRITO	03/2019	146,98
----------	---------	--------

ROT: 8.001.16.14.087600



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Gercas 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.087.022-3

SEU CÓDIGO 0034685-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 316,31
MÊS FATURADO 05/2019	VENCIMENTO 21/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002911684	FCAH

83610000003 0 16310075000 5 000000000034 9 68530519008 2



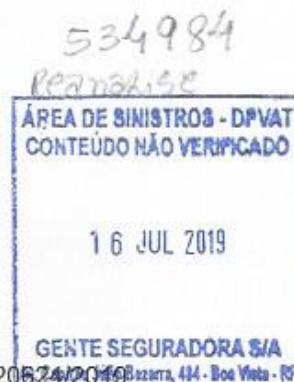
SEQ.: 00214 UC: 0034685-3 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 07  
LEITURA: 25711 NORMAL TOTAL: 316,31 CARGA: 012  
DT VENC.: 21/06/2019 TRFEC.: 000000000000 1401







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:08 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:19  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019  
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 11:35

#### Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua: N-11  
Complemento: cruzamento com S-17

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO TEODORO DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - São Luís Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1959  
Profissão: Mecânico  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Maria Teodoro dos Santos

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 140653

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Rosas de Oliveira  
Bairro: Pintolandia

Nº: 1338

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (CNH nº 03290342217) e que na data, hora e local acima informado, se encontrava conduzindo a Motoneta Honda Biz 125 ES, ano/modelo 2006/2007, de cor preta, Chassi 9CZJA04207R023396, Renavam 00902383167, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando um cidadão desconhecido avançou a via preferencial em que se encontrava o comunicante, vindo a colidir com o mesmo. Que devido as lesões sofridas na colisão, foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado ao HGR par atendimento médico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Agente de Polícia  
Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

João Teodoro dos Santos

(Vítima / Comunicante)

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





79% 09:18

**IMA JOAO TEODORO DOS SANTOS**  
**BERTURA** Invalidez  
**NTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PE**  
**DENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A  
**NEFICIÁRIO** JOAO TEODORO DOS SANTOS  
**F/CNPJ:** 18768229100

**Posição em 13-08-2019 10:17:54**

O pedido de indenização está em fase final de análise pela seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Com gentileza, volte a consultar seu processo dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção
14/08/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**

**FICHA DE ATENDIMENTO**

UNIDADE: **BRAVO 5** EQUIPE: **Nilton / Eliana**

Paciente: **JOÃO TEODORO DOS SANTOS** Idade: **60** Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: **LAURA PINTO MAIA N/11 - S-17**

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: **836** DATA: **15/07/2019** ACIONAMENTO: **11:36**

Médico (a) Regulador (a): **ELADIO** HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): **11:52**

MOTIVO: ☒ 1. SOCORRO ☐ 2. TRANSPORTE ☐ 3. REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ 4. APOIO ☐ 5. OUTROS

**MECANISMO DE TRAUMA**

**AUTOMÓVEL**

☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Altoprelamento

☐ Capotamento

☐ Colisão X

☐ Motorista

☐ Passageiro Dianteiro

☐ Passageiro Traseiro

**MOTO/BICICLETA**

☒ Acidente com moto X **MANE**

☐ Queda de moto

☐ Com capacete

☐ Sem capacete

☐ Bicicleta

☐ Queda de Bicicleta

☐ condutor

☐ passageiro

**VIOLÊNCIA**

☐ Agressão Física

☐ Espancamento

☐ FAF

☐ FAF

☐ Tentativa de suicídio

☐ Violência Doméstica

☐ Violência Sexual

**OUTROS**

☐ Acidente de Trabalho

☐ Local ☐ Trajeto

☐ Queda, Alt. Aprox.

☐ Acidente Doméstico

☐ Queimadura Agente

☐ Agressão p/ anim

☐ Outros

**AValiação INICIAL**

**Vias Aereas**

☐ Apnéia

☐ Bradpneia

☐ Dispneia

☐ Eupneico

☐ Obstruída

☐ Resp. Ruidosa

☐ Taquipneia

**Ventilação**

☐ Abolida

☐ Ferida Aspirativa

☐ Hipertimpanismo

☐ M.V. Ausente

☐ M.V. Diminuído

☐ Maciez

**Circulação**

☐ Arritmico

☐ Ausente

☐ Bradicardia

☐ Enchimento capilar > 2s

☐ Taquicardia

**Aval. Neurológica**

☐ AVDN

☐ DNV

☐ Miose

☐ Midriase

☐ Anisocoria

☐ Alcoolizado

**SINAIS VITAIS E ESCORES**

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início	140/90	78	20	98%	°C			
Fim	1				°C			

**AValiação SECUNDÁRIA**

**Pele**

☐ Cianótica

☒ Corada

☐ Fria

☐ Pálida

☐ Quente

☐ Úmida ☐ Seca

**Cabeça**

☐ Afundamento

☐ Contusão

☐ Escoriação

☐ Fer. Penetrante

☐ Hematoma

☐ Laceração

**Face**

☐ Contusão

☐ Escoriações

☐ Lacerações

☐ Ferimento ocular

☐ Ferimento

**Pescoço**

☐ Desvio da traqueia

☐ Enfisema Sub-Cutâneo

☐ Escoriações

☐ Hematoma

☐ Lacerações

**Tórax**

☐ Escoriações

☐ Lacerações

☐ Resp. paradoxal

☐ Tamponamento

☐ Tórax Instável

**Abdome**

☐ Distendido

☐ Doloroso

☐ Em tábua

☐ Escoriações

☐ Evisceração

☐ Lacerações

**Membros**

☐ Contusão

☐ Escoriações

☐ Lacerações

☐ Luxações

☒ Fratura Torácica 659

☐ Amputação

☐ Esmagamento

☐ Avulsão

**AValiação CARDÍACA**

☐ Ritmo Sinusal

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Flutter

☐ Fibrilação atrial

☐ Fibrilação ventricular

☐ Assístolia

**AFEÇÃO CLÍNICA**

☐ Cardiovascular

☐ Metabólica

☐ Neurológica

☐ Psiquiátrica

☐ Respiratória

☐ Aborto

☐ Digestiva

☐ Infecçiosa

☐ Obstétrica

☐ Pediátrica

**HISTÓRIA PEGRESSA**

☐ Alergias

☐ Cardiopatia

☐ Diabetes

☒ HAS

☐ Sequela AVC

**GRAVIDADE COMPROVADA**

☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

**INCIDENTE**

☐ Cancelamento

☐ Não se encontrava no local

☐ Trote

☒ Recusa de Atendimento

☐ Recusa de hospitalização

☐ Bombeiro no local

**MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS**

☐ Polícia Militar

☐ SMTRAN

☐ PRF

☐ Guarda Municipal

☐ Bombeiro

☐ DETRAN

**RCP**

☐ Iniciada as:

☐ Termina as:

☐ RCP com sucesso

☐ RCP sem sucesso

☐ RCP Não realizado

**OBS:**

**DESTINO**

☐ Atendido no local

☐ Pronto Atendimento - PAAR

☒ Grande Trauma - GT

☐ Hosp. Coronel Mota - HCM

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS

☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA

☐ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR

☐ Hosp. Lette Ins - HLI

☐ Outros

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

16 JUL 2019

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão João Bazante, 484 - Boa Vista - RR

**ÁREA DE SINISTROS - Geral**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

29 JUL 2019

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão João Bazante, 484 - Boa Vista - RR

**CONFERE COM O ORIGINAL**

**Márcia Veras Lopes**  
Enfermeira-COREN-RR 476830  
Coord. de Enfermagem da Central de  
Regulação de Urgências Médicas SAMU 192  
Portaria 637/2010



CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

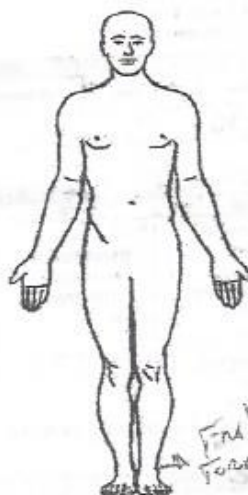
Av. Capão João Bazuriz, 434 - Boa Vista - RJ

CIÉPAENRTPE CE DO NT E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

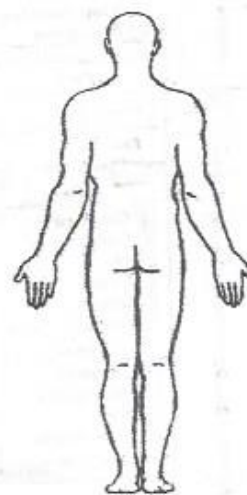
GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [ ] Com cartão [ ] Sem cartão	

1. Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desarticulação)	3 pontos
	Extensão (desarticulação)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



Fratura  
Tornozelo



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Bazuriz, 434 - Boa Vista - RJ

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com fratura da motocicleta L.U.T.E. Referindo dor localizada em MIE "FRATURA em tornozelo". Realizada mobilização do membro. Aferido seu Realizado Realização com uso de C-CERVICAL e Tala Plástica Rígida, encaminhado ao Médico Reabilitador e Encaminhado ao Grupo Terapêutico.

Marcia Veras Lope  
Enfermeira - COREN RJ 47683  
Coord. de Enfermagem do Central de  
Regulação de Urgência - SAMU 192  
Portaria 6.971/2015

Nilton Francisco de Sousa  
Téc de Enfermagem  
COREN RJ 654.210

CONFERE COM O ORIGINAL



15/01/2019

Guia de Atendimento 17

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

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.

1901059735		15/01/2019 12:18:51		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		12	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
JOÃO TEODORO DOS SANTOS		15/06/1958		60 A 7 M 0 D		707004861860433		18768229100		00160390	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE 140653		SSP-RR		21/06/1993		M		NAO		PARDA	
Mãe		Mário		Mário		Mário		Mário		Mário	
MARIA TEODORO DOS SANTOS		Mário		Mário		Mário		Mário		Mário	
Endereço		RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		Ocupação		NÃO INFORMADA		Registro por:		DANIEL VIANA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por:		DANIEL VIANA	
Queixa Principal		Acidente de moto		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		Alergia		GSC		TOTAL		AO: 1234		RV: 12345	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Valente vítima de acidente de moto, trazido pelo socorro, refere uso de capacete, nega perda da consciência e vômitos		BEG LOTE, supleno, alarínico, normalizado, vias aéreas permeáveis, garganta 15, refere dor em MMII (E)		Hipótese Diagnóstica		Alc			
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAO - X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA	
PRESCRIÇÃO		1 Difusão 2g		2 Tilatil 40mg		EV		Elen M. A. Ribeiro		Técnica em Enfermagem	
APRAZAMENTO		29 JUL 2019		OBSERVAÇÃO		GENTE SEGURADORA S/A		Av. Capitão João Bazzari, 484 - Boa Vista - RR			
Condição		Alta por Decisão Médica		Alta a Pedido		Alta a Revelia		Transferência para:		Ambulatório	
óbito		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML		Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		16 JUL 2019		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: daniel.viana		Data Hora: 15/01/2019 12:19:26		GENTE SEGURADORA S/A		Av. Capitão João Bazzari, 484 - Boa Vista - RR		1901059735			



*Reduza de 1/2  
intensão p/  
curar*

*Dr. Dalsan Meilosa*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-RR 1175



D		NIR		Transf. HC 13.02.19		1851	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONÓTIPO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - EMPREGADO							
44 - EMPREGADOR							
45 - AUTÔNOMO							
46 - DESEMPREGADO							
47 - APOSENTADO							
48 - NÃO SEGUADO							
AUTORIZAÇÃO							
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
50 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

até 4.2

03080/0019  
5828 T068  
5930 V299



408-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				HCR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	João Teodoro				
DIAGNÓSTICO	Fratura de fêmur - fechada - com - com - com				
ALERGIAS	HAS			DM2	
IDADE	62			DATA	
LEITO				15/01/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã	
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSP	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			14-02	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			24-06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SND	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SND	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SND	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Retina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			Atenção	
14	CURATIVO DIÁRIO			Bóia	
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Capitão João Bazzari, 404 - Boa Vista - ROR

Dr. Odinach Lorena  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 188.134

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

GENTE SEGURADORA S/A  
Capitão João Bazzari, 404 - Boa Vista - ROR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

18-30 Paciente retornou às 18:30h  
15:30 - Evolução do Grande Trauma, recusando-se  
a realizar procedimentos necessários.  
S/efeito.

Enfermeiro  
GENTE SEGURADORA S/A



João + rodolfo

408-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		4DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL <del>LIBRE</del> Para Dm 2				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monta
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				perf.
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				perf.
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodolfo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Alencar
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Dipirona 500 mg 8/8h				12 18 24
16	Plasil 10 mg 8/8h				12 18 24
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Dm 2  
f. de 102

408-3

SINAIS VITAIS				
6 H	130/86	89	30	30
12 H				
18 H	133x80	81	sem náuseas	36°C
24 H	128/72	78		36°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Paulo Sergio de Souza  
Rodolfo

15:30 Qz  
PA - 140 x 70  
RC - 84 e  
2 x 36

R: 34 Dinam. Presente

Maria de Fátima da Silva  
Técnica em Enfermagem  
CRMEN-RR 639901



035: Paciente procedente do GT  
Admitido às 16:50.  
Em cadeia de medicações  
ao ambiente, excreta, orientado,  
Mantendo AUP em MSD. Segue  
aos cuidados da equipe de  
enfermagem.

Franciele Alencar Rodrigues  
PPEN-RR 353.432 - ENF

05 17:00 administrado medicação venosa  
do sinais vitais

Martlene Frazão Farias  
Aux. de Enfermagem  
PP-RR 510.502-AUX

06:00 - Rubroto m.c.p.,  
admitido 23VU, segue aos  
cuidados de enf. p.a. 3i



1 408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	17/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)</b>  CONFORME ESQUEMA: 1200-250: 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</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	88	20	36,5°C	
18 H	148x90	98	20	36,9°C	
24 H					

Realizado coleta  
de sangue



E-80H


7 às 13h → Realizadas curativos de  
enfermagem. Adm. medicamentos do  
item 9, pct queixou-se de dor.  
farinha

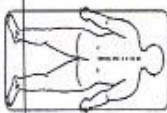



13 as 19h,

Foram aplicados curativos  
que  
vitais, ~~tem~~ curativos.  
de enfermagem.

MONITORIA



CMO [assinatura]  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 161.306-1E

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº _____	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: João Teodoro do Santos Leito: 408.3	Data: 17/01/19			

Localização	 	Região: M.I.E	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <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: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Neórose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	Rafaela Aguiar			
Observações:				




408-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> 																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958																									
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS																													
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO																													
ALERGIAS		HAS		DM2																										
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	18/01/2019																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																									
2	AVP				manter																									
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN																									
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN																									
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																									
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN																									
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																									
13	CURATIVO DIÁRIO				m																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina																									
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																														
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, IMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																														
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
SSVV 06 PA 720/80 SC 103 T 36,2																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>160x100</td> <td>70</td> <td>sem relógio</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>151x94</td> <td>91</td> <td>20</td> <td>35,6°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	160x100	70	sem relógio	36°C	18 H	151x94	91	20	35,6°C	24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	160x100	70	sem relógio	36°C																										
18 H	151x94	91	20	35,6°C																										
24 H																														
Dr Odina Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR																														

07:00 às 19:00h.



No horário das 11:00 paciente relata dor no tornozelo, apresenta pico hipertensão, administrado captopril 25mg, depois a pressão voltou a normal. Segue sob cuidados de enfermagem. Silvana Carmo 411841

		Núcleo de Enfermagem em		Versão: 08		Elaborada: 02/2013		Atualizada: 2/2015	
Tratamento de Feridas		Paciente		João Teodoro dos Santos		Data: 18/04/2019			
HCEB		FICHA		408.3					

[illegible]



*Obs: não pontuante recom que sofreu um acidente de mo-  
to e nesse momento o topo cete foi socado da sua cabeça,  
esse queixa-se de cefaleia de grande intensidade, tipo pressão*

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958	
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS DM2					
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	19/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP	
2	AVP				manter	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SU	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SU	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SU	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SU	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SU	
13	CURATIVO DIÁRIO				curativo	
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Realizar	
15						
16						
17						
18						
19						
20					SU	
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06 - 127/78, 79, 18 36.5

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	158x77	63	sem alteração	36,4°C
18 H	184x117	80	sem alteração	35°C
24 H	124/77	84	18	36.5



Dr Odinachi Okemir  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1854/RR

7:00 às 19:00h.

realizado somente verificação dos sinais vitais  
que aos cuidados de enfermeira

Silvana Teixeira Felício  
Auxiliar de Enfermagem  
CEN-RR 617874-AUX



 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958		
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS						
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS							
IDADE	60	HAS		DM2			
LEITO	408-3	DATA	20/01/2019				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SU	
2	AVP					manhã	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					SU	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SU	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SU	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					SU 12 6:35	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SU	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SU	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SU	
13	CURATIVO DIÁRIO					anotado	
14	SSVV + CCGG 6/6 H					Realizar	
15							
16							
17							
18							
19							
20						SU	
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>							

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	143x80	77	20	35,2	
18 H	142x84	81	18	35,2	
24 H	130x86	79		36,10	

6h + PA = 125x81

P = 92  
T = 37,1  
R = 16

Obs: pete relata que está com  
cefaleia todos os dias depois  
que bateu a cabeça. Tem linzibete



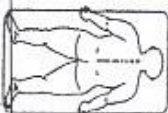





Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1  
Paciente: João Tróvão dos Santos  
Leito: 408-3



Versão: 08  
Elaborada: 02/2013  
Atualizada: 12/2018

Data: 19 / 04 / 19

Localização	 	Região: <u>M.I.E</u>	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	<p><i>Juliana Gomes de Lima</i> Enfermeira RORAIMA, 19 de Abril de 2019 80P-134-PR-250-PR-2</p> <p><i>Carla Leticia S. Leite</i> Auxiliar de Enfermagem RORAIMA, 19 de Abril de 2019 80P-134-PR-250-PR-2</p>			
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			



Paciente refere ser Diabético. *trf Janet con pavor* 408-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>									
DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH		DN		15/06/1958	
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS									
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO									
ALERGIAS									
IDADE		60		HAS		DM2			
LEITO		408-3		DATA		21/01/2019			
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SAD	
2		AVP						manter	
4		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N						SN	
7		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						SN	
8		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						SN	
9		DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N <i>18L 30L 05:30</i>						SN	
10		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						SN	
13		CURATIVO DIÁRIO						m	
14		SSVV + CCGG 6/6 H						Potina	
15									
16									
17									
18									
19									
20									
		<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>							

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

*05:30 - Paciente que xando-se de efaléia intensa, admitindo item 09, 10 x 1 me*

*Obs: Paciente relata efaléia, realizado pedido de pavor para neurologia.*

*Francisco Alencar Rodrigues*  
CRM-RR 353.432 - 284

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/100	89	22	35.4
18 H	119/74	84	20	37.2
24 H	120/64	79	19	36.6

Dr Odinaeni Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1851-RR

*06:00 -*  
*PA = 102/64*  
*P = 94*  
*T = 36.0*

*10h Foi realizado colite de sangue e entregue ao laboratório*

*3.00 às 19.00h.*

*coligado preparação de exames laboratoriais. Segue aos resultados*  
*Silvia Regina de Faria Pereira*  
*Enfermeira de Enfermagem*  
*CRM-RR 417874-AUX*

*Augusto de S. Bezerra*  
*Enfermeiro de Enfermagem*  
*CRM-RR 1.079.398 - TE*





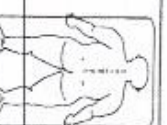



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo: nº 1  
Paciente: João Teodoro dos Santos  
Leito: 408-3

Versão: 08  
Elaborada: 02/2013  
Atualizada: 12/2018

Data: 21/01/19

Localização	 	Região: MJE	 	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <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: Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Cesário Soares Costa Técnico em Enfermagem COREN-RR 599290		F's Simone de Oliveira Técnico em Enfermagem COREN-RR 305605-TE	
Observações:				

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	22/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SN
2	AVP				manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã
15	DEXTRO 6/6HRS				manhã
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x90	97	18	36.2
18 H	124/78	88	18	36.6
24 H	132x90	120	20	36.8

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851 RR

13 as 19h, adm, sem  
medicações de horário  
+ su

Dr  
16/01/19





4.08-3

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

BLOCO:

UTI:

REGISTRO:

ENFERMARIA:

EMERGÊNCIA:

LEITO: 408-3

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Paciente do de 60 anos de idade, vítima de fratura - luxação de tornozelo e após acidente de moto, refere dor forte intensa e persistente sem melhora com tratamento clínico - fazer avaliar + conduta fraco

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 651/RR

Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que teve trauma em região frontal superior (2). desde então evoluindo com redução de força respiratória e 2 entorpecimentos bilaterais que pioraram, dor anterior ao quadril direito quando de movimentação expandida em campo de visão (visão). Ao exame: (o nome). sem dor à tosse. Id. respiração não comprometida. rdi - saturação em de oxigênio - sugiro Amikacina 250mg/12h - siga a diplopia.

Dr. Felipe Queiroz Portela  
Neurologista  
CRM-RR 1625/RQE 651

Médico

5 408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	23/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND manhã  SN  noturno 21/10/17 até 23/10/17 06
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16					
17					
18					
19					
20					
<p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b>  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</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# MONITORIO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BIG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

2240 - Troca do acesso venoso.  
MSD. J. 22.

SINAIS VITAIS					Dr Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1853 RR
CH	PA	FC	FR		
12 H	130x80	84	18	36,2	
18 H	140x80	82	20	36,5	
24 H					



	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2015
Tratamento de Feridas		Paciente:	João Teodoro dos Santos		
HGR		Leito:	408.3		
		Data:	23/01/2019		

Anamnese		Exame		Região	
História da Lesão		Tratamento		Observações	
<input checked="" type="checkbox"/> Neutrose Amarelha/Negra / <input checked="" type="checkbox"/> Infecção / <input checked="" type="checkbox"/> Granulação / <input type="checkbox"/> Epitelização / <input type="checkbox"/> Ferida Fechada / <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda / <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> JLP I II III IV <input type="checkbox"/> Queimadura / <input type="checkbox"/> Pungida / <input type="checkbox"/> DNI / <input type="checkbox"/> Vascular / <input type="checkbox"/> Trauma / <input type="checkbox"/> Torsão / <input type="checkbox"/> Exador Externo / <input type="checkbox"/> Colecistia / <input type="checkbox"/> Outros			
Tipo de Ferimento		Tipo de Lesão		Tipo de Lesão	
<input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerado / <input type="checkbox"/> Seca / <input type="checkbox"/> Eritema / <input type="checkbox"/> Rubor / <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerado / <input type="checkbox"/> Seca / <input type="checkbox"/> Eritema / <input type="checkbox"/> Rubor / <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerado / <input type="checkbox"/> Seca / <input type="checkbox"/> Eritema / <input type="checkbox"/> Rubor / <input type="checkbox"/> Outro	
Tipo de Ferimento		Tipo de Lesão		Tipo de Lesão	
<input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Seroso / <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento / <input type="checkbox"/> Serosanguíneo / <input type="checkbox"/> Seco / <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Seroso / <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento / <input type="checkbox"/> Serosanguíneo / <input type="checkbox"/> Seco / <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Seroso / <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento / <input type="checkbox"/> Serosanguíneo / <input type="checkbox"/> Seco / <input type="checkbox"/> Outro	
Quantidade de Ferimento		Quantidade de Lesão		Quantidade de Lesão	
<input type="checkbox"/> Molhado / <input checked="" type="checkbox"/> Úmido / <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado / <input checked="" type="checkbox"/> Úmido / <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado / <input checked="" type="checkbox"/> Úmido / <input type="checkbox"/> Seco	
Soluções de Ferimento		Soluções de Lesão		Soluções de Lesão	
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input checked="" type="checkbox"/> Iodexina 2% / <input type="checkbox"/> Álcool 70% / <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input checked="" type="checkbox"/> Iodexina 2% / <input type="checkbox"/> Álcool 70% / <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input checked="" type="checkbox"/> Iodexina 2% / <input type="checkbox"/> Álcool 70% / <input type="checkbox"/> Outros	
Medicamentos de Ferimento		Medicamentos de Lesão		Medicamentos de Lesão	
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Clorexidina / <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata / <input type="checkbox"/> Hidrogel / <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Clorexidina / <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata / <input type="checkbox"/> Hidrogel / <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Clorexidina / <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata / <input type="checkbox"/> Hidrogel / <input type="checkbox"/> Outros	
Observações de Ferimento		Observações de Lesão		Observações de Lesão	
<p>Rozângela <i>Rozângela</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 629.703</p> <p>Adonilde <i>Adonilde</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.765.16</p>		<p>Rozângela <i>Rozângela</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 629.703</p> <p>Adonilde <i>Adonilde</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.765.16</p>		<p>Rozângela <i>Rozângela</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 629.703</p> <p>Adonilde <i>Adonilde</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.765.16</p>	

408-3

<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE <b>JOAO TEODORO DOS SANTOS</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO</b>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	24/01/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				Rotina
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):</b> 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:**


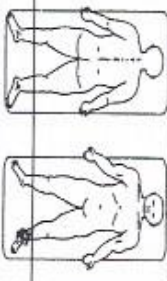
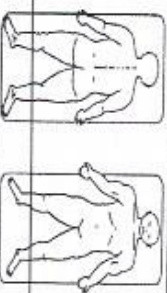
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	93	18	36,2
18 H	146/93	98	19	36,2
24 H	119x80	88	18	36,2

Dr Odina Okemir  
 Residente De Ortopedia e  
 Traumatologia  
 Crm 1851-RR

06h 125x79 83 20 35,6



		Núcleo de Enfermagem em		Protocolo nº 1		Versão: 08		Elaborada: 02/2013		Atualizada: 12/2018	
Tratamento de Feridas -		HGR		Paciente: João Teodoro dos Santos		Leito: 408.3		Data: 24/01/2019			
Localização:				Região: M, E				Região:			
Etiologia:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato:		<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza:		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca:		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:		Mts. Sampaio M. de Oliveira COREN-PR 1898-095-TE		Adonilde Maria Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PR 107.795/TE							
Observações:											



408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	25/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SN
2	AVP				Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				06/15/16
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				(2-2) MTF
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				14-22-06
18					NTF
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


19:00 às 7:00  
afundado  
interior  
Francisco Antonio Rodrigues  
Téc. de Enfermagem  
151.318-TE  
CORR-RR 151.318-TE

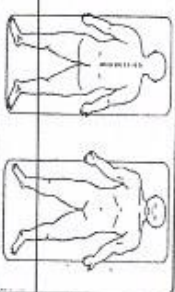
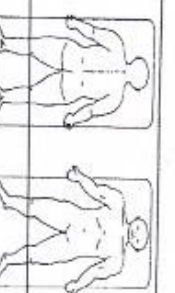
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/90	100	20	35.7
18 H	150/90	86	20	36.6°C
24 H	130/74	85	20	36°C



Dr Odinachi Okemini  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

07:13 h. pac no leito, afundado SSVU. Dxho mo  
realizando pa foleto ou foleto p/ glho simetico.  
de Elidol  
13h às 19h  
ADM medicações, afundado SSVU  
e.c. Sarah



	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo nº	Versão: 08	Elaborada em: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente:	João Teodoro dos Santos		
HGR		Leito:	408-3	Data: 25/01/19		

Localização		Região: M. I. C.		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LP I <input type="checkbox"/> LP II <input type="checkbox"/> LP III <input type="checkbox"/> LP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência de Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edemaciado</u>			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Jozângela Miguel Decadoro Técnica de Enfermagem COREN-RR 625 703		Cesar Soares Costa Técnico de Enfermagem COREN-RR 599-290	
Observações:				

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958		
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS						
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	26/01/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS					SMD	
2	AVP					manhã	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N						
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
13	CURATIVO DIÁRIO						
14	SSV + CCGG 6/6 H						
15	DEXTRO 6/6HRS						
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					23-06	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					23-06	
18							
19							
20							
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	126x80	FO2	FR/4	36°C	
12 H	123x75	85	-	36,1	
18 H	140x40	96	-	35,8	
24 H	126x87	88	14	36,5	

07 de 19  
Realizado o medi-  
cação de horários e  
SSV, conforme prescri-  
ção.  
Téc. Jandiele

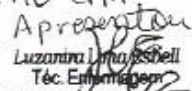


	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo: 01	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>João Teodoro dos Santos</u> Leito: <u>408-3</u>	Data: <u>26/01/19</u>			

Localização		Região: <u>M.I.E</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <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: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP <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: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP <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: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP <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: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência de Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Jucilene Farias de Lima</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 555.271</p> </div> <div> <p><i>Rafaela Silva Rodrigues</i> Aux. de Enfermagem COREN-RR 415.275</p> </div> </div>			
Observações:				

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> 					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	27/01/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				maia
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
<b>SINAIS VITAIS</b>					Dr Odinachi Okemir Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	Tax.	
12 H	ausente do leito				
18 H	120/110	89		36,3	
24 H	134x77	86	-	35,1°C	
6 H	123x86	86	-	35,8°C	

DAS 7 - 19 h

Adm. medicações de horário cpm  
Aferido sinais vitais. Apresentação  
hipertensão adm. úm. 11.   
Luziana Lima de Jesus  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 963.900 TE



	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 09	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	'Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Deane da Santos</i>	Leito: <i>408-3</i>	Data: <i>27/04/19</i>	

Localização		Região: <i>MIC</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento.	<i>Andriene Gomes da Silva</i> Auxiliar de Enfermagem RORAIMA, RR 359.803 <i>Lanusa Alves Moura</i> Técnica de Enfermagem RORAIMA, RR 1.247.438 - TE			
Observações:				

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958																														
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS																																		
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO																																		
ALERGIAS		HAS		DM2																															
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	28/01/2019																														
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND																														
2	AVP				manter																														
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN																														
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN																														
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																														
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN																														
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN																														
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																														
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																														
13	CURATIVO DIÁRIO				M																														
14	SSVV + CCGG 6/6 H																																		
15	DEXTRO 6/6HRS																																		
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE																																		
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS																																		
18																																			
19																																			
20																																			
<p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b>  CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>;  351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>																																			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																																			
<p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</p> <p># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO</p>																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SINAIS VITAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>100x60</td> <td>83</td> <td>FR 18</td> <td>36,2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x80</td> <td>76</td> <td>18</td> <td>36,2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/90</td> <td>87</td> <td>19</td> <td>36,7°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110x70</td> <td>95</td> <td>20</td> <td>36,2°</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS						6 H	100x60	83	FR 18	36,2°		12 H	120x80	76	18	36,2°		18 H	130/90	87	19	36,7°		24 H	110x70	95	20	36,2°	
SINAIS VITAIS																																			
6 H	100x60	83	FR 18	36,2°																															
12 H	120x80	76	18	36,2°																															
18 H	130/90	87	19	36,7°																															
24 H	110x70	95	20	36,2°																															
<p>Dr Odinachi Okemiri  Residente De Ortopedia e  Traumatologia  CRM 1851-RR</p>																																			


7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Jantaina



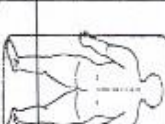
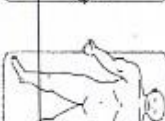
27h DEXTRO: 94mg/dl

53 as 194, por no leito,  
Adm medicação C.P. e  
Aperido Sinais vitais

Colégio de Enfermagem  
COREN-RR 781.350-TE





	Núcleo de Enfermagem em		Pro: 1	Versão: 1	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente:	Jocão Teodoro dos Santos		
	HGR		Leito:	408-3		
			Data:	28/01/2019		

Localização	 	Região: <u>MTÉ</u>	 	Região: <u>MTÉ</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <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: <u>    </u> Tração <u>    </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>		<input type="checkbox"/> LPP <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: <u>    </u> Tração <u>    </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>	
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <u>    </u>		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <u>    </u>	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>    </u>	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Thaís Caroline Lima</u> <small>Enfermeira Especialista em Feridas            Hospital de Especialidade            COREN/RN 350.903</small>	<u>Renata Benício</u>	<u>Thaís Caroline Lima</u> <small>Enfermeira Especialista em Feridas            Hospital de Especialidade            COREN/RN 350.903</small>	<u>Renata Benício</u>
Observações:	<u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>			<u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>



408-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> 					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SAD
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rafina
15	DEXTRO 6/6HRS				06 L 110
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				02
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				22/06
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	98	20	36
18 H	145x95	91	20	35°C
24 H	140/90	90	20	36°C

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1851 RR

7 às 13h foi verificado  
SSVV. - Anamnia.


18h - Administrado medicação CPM.  
Aferido SSVV com parâmetros normais  
Segue aos cuidados da equipe de  
enfermagem. Tec. RF

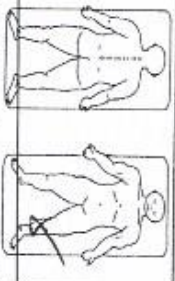
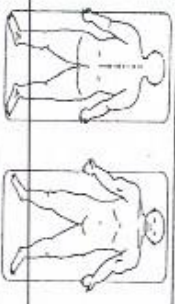
06:05. 130160  
FC: 90 TAX: 36°C  
FR: 20

# Prestado todos os  
cuidados, testes e  
essenciais etc.

Roberta Cristina A. Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 220.893-7E



	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: João Pedron dos Santos		Data: 23/02/19			

Localização		Região: MZC		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> 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: Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Emilia N. Silva COREN-PR 43464-E Claudete S. Leite COREN-PR 307143-4E Paula Silva Rodrigues Almeida Enfermeira COREN-PR 43464-E			
Observações:				



408-3

GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	30/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SN
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS.S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				03/12/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				14/12/2019
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

19 de 07 -  
Realizado a  
medicação  
de Rotina,  
conforme pres-  
crição -  
Téc. Farmácia


SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okomir Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 18511 RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	110x73	99	22	36.4	
18 H	122/80	88	20	36.2°C	
24 H	132x84	83	-	36.4	

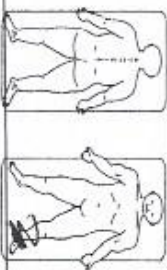
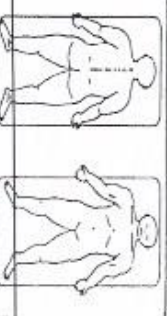
12h Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa,  
segundo em observação. Tec. Enf. - *Angela S. Bezerra*  
Técnica em Enfermagem  
COREN/RR 1.079.398 - TE

3:00 às 19:00 h.

Realizado administração medicação de Rotina,  
não foi realizado deixo pois, não tem fôlego e nem apêndice  
no âmbito do plantão de sinais vitais. Segue os cuidados de *Angela S. Bezerra*  
Técnica em Enfermagem  
COREN/RR 1.079.398 - TE



	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo: 01	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente: João Frederico dos Santos			
HGR		Leito: 408-3	Data: 30/01/19			

Localização		Região: MLE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <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: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	ESCAR SOARES COSTA Técnico em Enfermagem CRM-RR 599-290		Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem CRM-RR 1.247-428 - TE	
Observações:				



408-3 M

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	31/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				22 SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				potina
15	DEXTRO 6/6HRS				06L
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				44 22
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06	120/75	78	19	36.4
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	85	18	36.2
18 H				
24 H	114/82	85	18	36.4

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

19/07. Afirma SSVV e de não  
discrepança, exceto item 16 por não  
ter na farmácia. Segue com  
Cuidados da enfermeira  
Loedi E. Meschmidt  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 527801-AUX

12hs Realizado Toca AVP. referido  
Sinais vitais segue em observação  
de acompanhamento. Não segue

13 as 19hrs  
adm med. cm  
e de home  
+ su  
juiz  
16/04



408-3

J



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	01/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SN
2	AVP				manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				14-22-06
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				23 NT 06 NT
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				23 NT
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

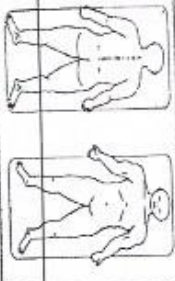
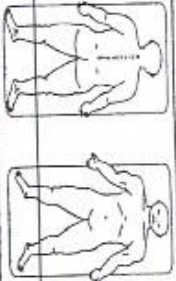
06-PA-118186 P-88 T=36.5

SINAIS VITAIS					Dr Odinaqui Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Cm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	108/80	96	20	35.9	
18 H	130/96	92	39	36.3	
24 H	131/98	81		36.5	


Das 13 verificadas sinais vitais  
Das 13 as 19 as. Administrado medicação + sv de horário

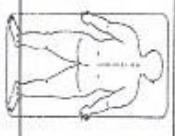
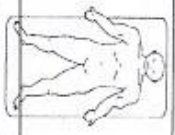
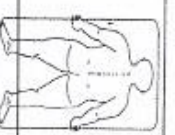





Núcleo de Enfermagem em		Protocolo:	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -		Paciente: <u>João e Leão da Santos</u>			
HGR		Leito: <u>408.3</u>	Data: <u>01/02/2019</u>		
Localização		Região: <u>USC</u>		Região: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Juliana Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem CCR 453.554	<u>Ana Carolina da Silva Gomes</u> Téc. em Enfermagem CORE-MIR 934.622			
Observações:					



	Núcleo de Enfermagem em		Pro : ° 1	Versão	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente: <u>Soc Teodoro dos Santos</u>			
HGR		Leito: <u>408-3</u>	Data: <u>02/02/19</u>			

Localização	 	Região: <u>M-I.E.</u>	 	Região: _____	
Etiologia	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____				
Aparência do Leito	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____				
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____				
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____				
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco ( ) Outro: _____				
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Outro: _____				
Cobertura primária	( ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____				
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h ( ) Outro: _____				
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Betânia N. Roma</u> <u>Auxiliar de Enfermagem</u> <u>COREN-RS 496709</u> <u>Wesley P. Nunes</u> <u>Téc. em Enfermagem</u> <u>COREN-RS 776.677</u>				
Observações:					

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	03/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SN
2	AVP				SN
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotulo
15	DEXTRO 6/6HRS				11/15/16 - 17/18/19 - 21/22/23 NTF 06NJT Falt
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				NTF 22/23
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				22/23
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					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

"ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	110/63	69	20	36.1	
18 H	118/73	88	/	36.5	
24 H	112/77	83	-	35.9	
6 H	130/90	79	20	36°C	



	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente:	Agão Teodoro dos Santos		
	HGR	Leito: 408-3	Data: 03/02/19		

Localização	 Região <u>M.I.E.</u> Grau: I ( ) II (X)	 Região <u>M.I.E.</u> Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>edematizado</u>	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido — ( ) Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( ) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Rozângela Miguel Decodoni Téc. Enfermagem COREN-RR 629.703	Bernice Sá de Castro Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172
Observações:		



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE		9 - SEXO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - COD. IBGE, MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 TERCÁRIO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNPJ DA EMPRESA					
40 - CNPJ DA EMPRESA					
41 - CNPJ DA EMPRESA					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ORGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					





BOLETIM OPERATÓRIO

João Teodoro de Souza

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 9/2/19

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DMC LPI (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FTO Cérvix e DMC pl (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

M' CAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: D. D. Souza

1º AUXILIAR: Relyer

Dr. Dáson Feitosa  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM 122552 - ROR 114

2º AUXILIAR: Videmall RI

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

Dr. Rogério L. P. Dias  
Médico  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM 122552 - ROR 114

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Pct DDK + anestesia
- 2- Anestesia + Anterapi + Campos Sh
- 3- Realizado desbridamento em area de ferida pl (E)
- 4- 2 MC exposto + curativo
- 5- RPA



GO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Associação Patrimonial dos Brasileiros"

Id: 60rmd

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										N°	
										04/02/19	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>10</span> <span>11</span> <span>12</span> <span>13</span> </div>											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>15</span> <span>30</span> <span>45</span> <span>15</span> <span>30</span> <span>45</span> <span>15</span> <span>30</span> <span>45</span> <span>15</span> <span>30</span> <span>45</span> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">AGENTES</div> <div style="width: 5%;">N 20</div> <div style="width: 90%;"> </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">LÍQUIDOS VENOSOS</div> <div style="width: 5%;">A V P</div> <div style="width: 90%;"> <div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">M S</div> <div style="width: 95%;"> (SF) (SF) 500 500 </div> </div> </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">DA X</div> <div style="width: 5%;">38</div> <div style="width: 90%;"> 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">ULSO</div> <div style="width: 5%;">●</div> <div style="width: 90%;"> ECC, PR NE, FC, SPO2 SPO2 88, 88, 88 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">ANES X</div> <div style="width: 5%;">32</div> <div style="width: 90%;"> 160 140 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">OP°</div> <div style="width: 5%;">O</div> <div style="width: 90%;"> 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">TEMP</div> <div style="width: 5%;">□</div> <div style="width: 90%;"> 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">ASPIR. A</div> <div style="width: 5%;">O</div> <div style="width: 90%;"> 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">RESP</div> <div style="width: 5%;">O</div> <div style="width: 90%;"> 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">Export</div> <div style="width: 5%;">Assist</div> <div style="width: 5%;">Contro</div> <div style="width: 90%;"> 120 100 80 60 40 20 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">SIMBOLOS</div> <div style="width: 95%;"> X O 4 O X 1 2 3 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">AGENTES</div> <div style="width: 5%;">DOSES</div> <div style="width: 5%;">TÉCNICA</div> <div style="width: 90%;"> A Propofol 0,5% 13mg B C D E F G </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">GLICOSE</div> <div style="width: 5%;">LÍQUIDOS</div> <div style="width: 5%;">CÂNULA</div> <div style="width: 90%;"> SFO, 8% 1500ml 1500 ml 10:25 à 10:55 </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">NOTA</div> <div style="width: 5%;">SANGUE</div> <div style="width: 5%;">TEMPO DE ANESTESIA</div> <div style="width: 90%;"> Desbradamento de mm i E  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Dr. Marisa / Dr. Fabian</div> <div>Dr. Nelson</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>R. J. Daniele</div> <div>Dr. Rogerio</div> </div> </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">ANESTESIA</div> <div style="width: 5%;">CÓDIGO</div> <div style="width: 5%;">CIRURGIÃO</div> <div style="width: 90%;"> Dr. Marisa / Dr. Fabian Dr. Nelson R. J. Daniele Dr. Rogerio </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">ANOTAÇÕES</div> <div style="width: 95%;"> X monitorização + Beck Lit  (1) Afeto de O2 sob cotele nasal 24/min  (2) Afeto e contensão de região lombar com álcool a 70%, compressa esteril, punção subcutânea entre L3-L4, agulha Quinck N° 26, LCR positivo, dose nominal com infusão de Propofol 0,5% 13mg  (3) Fentanyl 30mcg + midazolam 2mg </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">Lentigo - Espasmo - Excussão Suco</div> <div style="width: 5%;">Depressão Respiratória - Hipoxia</div> <div style="width: 5%;">"Bucking" - Vômito</div> <div style="width: 90%;"> Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque </div> </div>											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 5%;">PERDA SANGÜÍNEA</div> <div style="width: 95%;"> (4) Epistaxia 10mg (IV) </div> </div>											

Dr. Albert P. M. Herrero  
ANDREU M. HERRERO  
CHIRURGO

④ Efedrina 10 mg (IV)

x Entomologia e SRPA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Id - 60.000.000

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
José Roberto dos Santos	408-03		04/10/2019

TIPO	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
Desbridamento em lesão infectada	10:30	10:50	

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR
Dr. Kugelme e Dr. Dalson	Dr. Marília	Res. Kannelle	
1º AUXILIAR	CIRCULANTE		
Dr. Odinech	Miriam / Adenilton		
2º AUXILIAR			

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raque - 10:25	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
7	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
7	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		70ml	FITA CARDIACA	
			7	OUTROS: Adrenalina 15u	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Enferm.	SUB- TOTAL	
	Prac.	TAXA DE SALA	
FUNCIIONÁRIO/CAJ.CULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	Adenilton	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	





**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

*muço litúrgico*  
*Diabético / Hipertenso*

NOME: João Teodoro dos Santos

**TRANSPERATÓRIO**

**SRPA**

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSPERATÓRIO				SRPA							
Data:	Idade:	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	Sinais Vitais			
04/02/19	60	09:40	10:30	10:25	10:55	11:08	Desbridamento da MMII E		1 <sup>h</sup> 15'	81	102x68	100%	
Reg: _____		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento							
Chegada: _____		Hidratação		Antidolítico		Hemoderivados							
Emergência ( ) U.T.I. 1		Infundida		Nome:		CH:							
Emergência ( ) U.T.I. 2		SF a 0,9%:		Dose:		Plasma:							
Cirurgia Proposta: <u>Desbridamento</u>		SG a 10%:				Plaquetas:							
Outros: _____		Outros:				Nº de compressas oferecidas:							
1. Informações:		Nº de compressas oferecidas:				Nº de compressas recebidas:							
Máscula ( ) Pré-anestésico		Sinais Vitais:				Nº de compressas recebidas:							
( ) Jólus ( ) Intrateal		T: _____ °C		P: 96 bpm		Nº de compressas recebidas:							
Máscula ( ) Sangue		SAT 92 %		R: 96 rpm		Nº de compressas recebidas:							
( ) Alegria ( ) Cardíaca		( ) Regular		( ) Irregular		Nº de compressas recebidas:							
( ) Exames ( ) Asmático		FC 96 bpm		PA 96/60 mmHg		Nº de compressas recebidas:							
( ) Outros: _____						Nº de compressas recebidas:							
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na S.O.:		( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Raio X									
( ) Choro ( ) Sonolento		( ) Outros: _____											
( ) Agitado													
3. Sinais Vitais:													
T: _____ °C		P: 88 bpm											
FC: 96 bpm		PA: 96/60 mmHg											
SAT 92 %		R: 96 rpm											
( ) Regular		( ) Irregular											
USA Amniotômica 5cm													
4. Condições da Pele:													
( ) FAS		( ) Ferimento											
( ) FAS		( ) Queimado											
( ) Dor		( ) Hematoma											
( ) Frio		( ) Contusão											
( ) Edema		( ) Deformidade											
( ) Avulsão		( ) Parturição											
( ) Abrasão		( ) Fratura Exposta											
Legenda													
1. Eletrodos													
2. Oxímetro													
3. PVE													
4. Placa de Bisturi													
5. Sincisão													
6. Cateter													
7. Venoclise													
8. Dreno													
9. SNG													
10. Faixa de Smark													
11. Outros:													
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA ( ) UTI ( ) Outros:													
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015													



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Isaac Teodoro dos Santos  
Idade: 30 anos  
Sexo: Masculino

Anestesia: Local  
Tipo de Anestesia: Local

Sala: Salão de Operações

PRELIMINAR (antes da anestesia):  
Paciente orientado: Sim  
Paciente consciente: Sim

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

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

Sim Cirurgião  
( ) Não Cirurgião  
Consentimento: ( ) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
Sim Identificação do paciente  
( ) Não Identificação do paciente  
( ) Não Procedimento

PROCO CIRURGICO  
( ) Não se Aplica

PROCO DE M. R. C. A. C.  
( ) Não se Aplica

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

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
( ) Não se Aplica

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

ÁREA DIFÍCIL/ÁREA DE ASPIRAÇÃO  
( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
( ) Não ( ) Sim, e qual uso antiofensivo adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos

Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos

Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFISSÃO ANTIDOTOLÓGICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_  
( ) Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
( ) Sim  
( ) Não se aplica

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

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

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

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

Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos

Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	04/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

07:00 às 13:00h

Não foi realizado dextro pois não tem fôto e  
nem aparelho no peto, não foi realizado  
registro de sinais vitais pois paciente está  
resistente do leito, encontra-se em processo de  
saída aos cuidados de enfermeira

Assinado digitalmente por  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 417874-AUX



20.5 17.40ms

GER

N	

NEGA

### EVOLUÇÃO MEDICA:

06 - Paciente disse que sente  
loção no ~~acesso~~ quando  
é feito \* Ramitolina.

06-132190 P-86  $T = 36.7^{\circ}\text{C}$



MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Paciente retornar 11:40h do CC, orientado  
ausente, realizado neufractura de punção lateral  
ranhados hidratados neurom., segue aos cuidados  
de enfermeira

Does 33 or 34 lbs.  
Administerado medicacion  
+ SV, conforme PM.  
aux. Inai



4083

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						
		DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH			DN	15/06/1958
		PACIENTE					JOAO TEODORO DOS SANTOS	
		AGNÓSTICO					FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS		HAS		DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	05/02/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORARIO		
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS							
2	AVP							
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N							
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N							
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N							
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					22:30		
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							
13	CURATIVO DIÁRIO							
14	SSVV + CCGG 6/6 H							
15	DEXTRO 6/6HRS							
16	AMITRIPTILINA 25MG 1.CP VO NA NOITE							
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS							
18								
19								
20								
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>								

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	145/86	87		36,4	
18 H	140/90	73	20	37,2	
24 H	137/89	78	19	36,1	

6h 111x69 77 18 35,2






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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:		Idade:	Sexo:	( ) F ( ) M
Procedência:	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				

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
( ) Consciente ( ) Sedado ( ) Agitado	( ) Orientado ( ) Torposo ( ) Reage a estímulos	( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Não reage	( ) Normocárdico ( ) Normotenso ( ) Pulso Cheio	( ) Bradicárdico ( ) Hipotensão ( ) Filiforme	( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Hipertensão PA: _____ ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
( ) Fotorreagente ( ) Isocóricas	( ) Mióticas ( ) Anisocóricas	( ) Midriática ( ) Não reagentes	( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hiperpirexia	( ) Hipotérmico ( ) Febre ( ) Pirexia	( ) Hipertérmico	( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
( ) Hidratada ( ) Normocorada ( ) Anictérica ( ) Acianótica	( ) Desidratada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Edema Local: _____	( ) Ressecada ( ) Hipercorada ( ) Cianótica	( ) Espontânea ( ) SVO ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Gelúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen		
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO			<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		
( ) Eupneico Oxigenoterapia	( ) Bradipneico ( ) Sim ( ) Não	( ) Taquipneico Qual: _____	( ) Dispneico ( ) Ar ambiente	( ) Traqueostomia	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>					
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 no de: _____		( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT		( ) Lavagem ( ) Sifonagem	
Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____			
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Data da Instalação: _____		Trocar em: _____	
Prótese: ( ) Sim ( ) Não		Tipo: _____		Local: _____	
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>					
( ) Deglutição		( ) Padrão respiratório ineficaz		( ) _____	
( ) Risco de nutrição desequilibrada		( ) Déficit no autocuidado para alimentação		( ) _____	
( ) Risco de glicemia instável		( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene		( ) _____	
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos		( ) Conhecimento deficiente		( ) _____	
( ) Volume de líquidos excessivo		( ) Comunicação verbal prejudicada		( ) _____	
( ) Volume de líquidos deficiente		( ) Risco de dignidade humana comprometida		( ) _____	
( ) Eliminação urinária prejudicada		( ) Processos familiares disfuncionais		( ) _____	
( ) Risco de constipação		( ) Risco de quedas		( ) _____	
( ) Diarreia		( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		( ) _____	
( ) Incontinência intestinal		( ) Dor aguda		( ) _____	
( ) Padrão de sono prejudicado		( ) Dor crônica		( ) _____	
( ) Mobilidade física prejudicada		( ) Náusea		( ) _____	
( ) Integridade da pele prejudicada		( ) Risco de broncoaspiração		( ) _____	
( ) Risco de integridade da pele prejudicada		( ) Risco de infecção		( ) _____	
( ) Conforto prejudicado		( ) Ventilação espontânea prejudicada		( ) _____	



 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	06/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H. 106x65 74 - 35,7°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	130/70	98	20	36,2
18 H	146/82	72	20	36,6
24 H	124x77	78	-	36,6°C

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

7 as 13 h foi adm =  
medicação de horário  
+ SSVV + Avo mano

408  
3



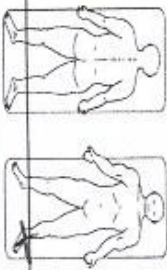
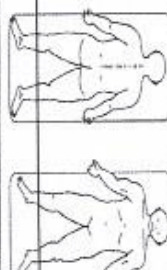


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:		Sexo: ( ) F ( ) M
Procedência:	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			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
( ) Consciente ( ) Sedado ( ) Agitado	( ) Orientado ( ) Torposo ( ) Reage a estímulos	( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Não reage	( ) Normocárdico ( ) Normotenso ( ) Pulso Chelo	( ) Bradicárdico ( ) Hipotenso ( ) Filiforme	( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
( ) Fotorreagente ( ) Isocóricas	( ) Mióticas ( ) Anisocóricas	( ) Midríatica ( ) Não reagentes	( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melenas Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hiperpirexia	( ) Hipotérmico ( ) Febre	( ) Hipertérmico ( ) Pirexia	( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
( ) Hidratada ( ) Normocorada ( ) Anictérica ( ) Acianótica	( ) Desidratada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Edema Local: _____	( ) Ressecada ( ) Hipercoreada ( ) Cianótica	( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen		
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO					
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>					
( ) Eupneico Oxigenoterapia:	( ) Bradipneico ( ) Sim ( ) Não	( ) Taquipneico Qual: _____	( ) Dispneico	( ) Ar ambiente	( ) Traqueostomia
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>					
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: Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG		( ) Sim ( ) Não ( ) 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: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>					
( ) Deglutição		( ) Padrão respiratório ineficaz		( ) _____	
( ) Risco de nutrição desequilibrada		( ) Déficit no autocuidado para alimentação		( ) _____	
( ) Risco de glicemia instável		( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene		( ) _____	
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos		( ) Conhecimento deficiente		( ) _____	
( ) Volume de líquidos excessivo		( ) Comunicação verbal prejudicada		( ) _____	
( ) Volume de líquidos deficiente		( ) Risco de dignidade humana comprometida		( ) _____	
( ) Eliminação urinária prejudicada		( ) Processos familiares disfuncionais		( ) _____	
( ) Risco de constipação		( ) Risco de quedas		( ) _____	
( ) Diarreia		( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		( ) _____	
( ) Incontinência intestinal		( ) Dor aguda		( ) _____	
( ) Padrão de sono prejudicado		( ) Dor crônica		( ) _____	
( ) Mobilidade física prejudicada		( ) Náusea		( ) _____	
( ) Integridade da pele prejudicada		( ) Risco de broncoaspiração		( ) _____	
( ) Risco de integridade da pele prejudicada		( ) Risco de infecção		( ) _____	
( ) Conforto prejudicado		( ) Ventilação espontânea prejudicada		( ) _____	

	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo	1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente:	João Todoros dos Santos			
HGR		Leito:	408-3				Data: 06/02/19

Localização		Região: MIE		Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II (x) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (x) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : __ Tração __ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra (x) Esfácelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros __ (x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (x) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: __ (x) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
Cobertura primária	(x) Gaze (x) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: __			
Troca	( ) 12/12	(x) Diário	( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima M. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-MG 449.709 Rozângela Miguel Deodora Enfermeira COREN-PR 623-703			
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	07/02/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
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				

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C	
12 H	100 x 70	FC 70	20	36,4°C	
18 H	151 x 92	74	16	36°C	
24 H	130 x 80	70		36°C	

408  
3





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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	( ) F ( ) M
Procedência:	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			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceleração da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Impânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SNG ( ) Sondagem ( ) Oligúria ( ) Polúria ( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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: _____	
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	
( ) Deglutição ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Risco de glicemia instável ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Risco de constipação ( ) Diarreia ( ) Incontinência intestinal ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Conforto prejudicado	( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Déficit no autocuidado para alimentação ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene ( ) Conhecimento deficiente ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) Risco de dignidade humana comprometida ( ) Processos familiares disfuncionais ( ) Risco de quedas ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Dor aguda ( ) Dor crônica ( ) Náusea ( ) Risco de broncoaspiração ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958	
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS						
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS	HAS	DM2				
IDADE 60	LEITO 408-3	DATA	08/02/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				monter	
2	AVP					
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13	CURATIVO DIÁRIO					SA) 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019 17/02/2019
14	SSVV + CCGG 6/6 H					
15	DEXTRO 6/6HRS					
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					
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						

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

#### SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	84	18	36,4
18 H	122/82	96	19	36,0
24 H	140/80	84	20	36,2

Dr Odinechi Okemini  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

Obs: Não foi realizado o dextro do paciente de horário por que as fitas que tem, é somente p/ realizar dextro de urgências; Enfo de plantão ciente! Aux: Ana





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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	( ) F ( ) M
Procedência:	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			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____		
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríaticas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen		
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____					
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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: _____					
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>					
( ) Deglutição		( ) Padrão respiratório ineficaz		( ) _____	
( ) Risco de nutrição desequilibrada		( ) Déficit no autocuidado para alimentação		( ) _____	
( ) Risco de glicemia instável		( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene		( ) _____	
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos		( ) Conhecimento deficiente		( ) _____	
( ) Volume de líquidos excessivo		( ) Comunicação verbal prejudicada		( ) _____	
( ) Volume de líquidos deficiente		( ) Risco de dignidade humana comprometida		( ) _____	
( ) Eliminação urinária prejudicada		( ) Processos familiares disfuncionais		( ) _____	
( ) Risco de constipação		( ) Risco de quedas		( ) _____	
( ) Diarreia		( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		( ) _____	
( ) Incontinência intestinal		( ) Dor aguda		( ) _____	
( ) Padrão de sono prejudicado		( ) Dor crônica		( ) _____	
( ) Mobilidade física prejudicada		( ) Náusea		( ) _____	
( ) Integridade da pele prejudicada		( ) Risco de broncoaspiração		( ) _____	
( ) Risco de integridade da pele prejudicada		( ) Risco de infecção		( ) _____	
( ) Conforto prejudicado		( ) Ventilação espontânea prejudicada		( ) _____	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	09/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				SN
2	AVP				manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS 11 176mg 134mg 23 164				Rotina 06:00 167
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				02:00 F
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				14:22:00
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/76	77	19	36,1°C
18 H	130/80	91	18	35,7°C
24 H	125/88	80	20	36,3°C

06:00: 127/76 74 18 35,8°C

Dr Odinachi Okemir  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR






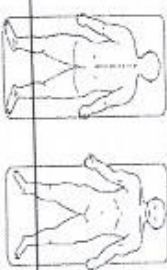
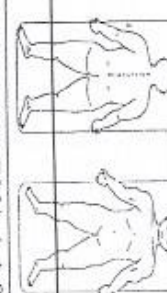
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:		Idade:	Sexo:	( ) F ( ) M
Procedência:	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				

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <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 Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____		
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação 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"/> Mena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <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			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <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		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada <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			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <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		
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual: _____					
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Local: _____    Data: _____    Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Local: _____    Curativo realizado em: _____    Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____    Aspecto da secreção: _____    Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data da Instalação: _____    Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Tipo: _____    Local: _____					
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Deglutição  <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada  <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável  <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos  <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo  <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente  <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada  <input type="checkbox"/> Risco de constipação  <input type="checkbox"/> Diarreia  <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal  <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado  <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada  <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada  <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada  <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz  <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação  <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene  <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente  <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada  <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida  <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais  <input type="checkbox"/> Risco de quedas  <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal  <input type="checkbox"/> Dor aguda  <input type="checkbox"/> Dor crônica  <input type="checkbox"/> Náusea  <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração  <input type="checkbox"/> Risco de infecção  <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada         </div> </div>					





	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: João Teodoro dos Santos Leito: 408.3	Data: 09/02/19			

Localização		Região: M. I. E.		Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Pele Perilesional	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Tipo de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco ( ) Outro:			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Mariana de Almeida M. Viana Auxiliar de Enfermagem – COREN/BA 449708 Rozângela Miguel Deodone Téc. Enfermagem – COREN/BA 625780			
Observações:				



408 3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958	
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS DM2					
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	10/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				5/00	
2	AVP				manhã	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				50	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				50	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				50	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				50	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				50	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				50	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				50	
13	CURATIVO DIÁRIO				50	
14	SSVV + CCGG 6/6 H				50	
15	DEXTRO 6/6HRS				50	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				50	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				50	
18						
19						
20	<b>SE DIABÉTICO</b> 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					

\* ós 12h  
Dextro = 96 mgk


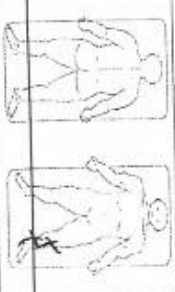

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	71	S/R	
18 H	132/80	58	S/R	
24 H	128/79	80	S/R	

Dr os 12h, 18h, 24h, 30h, 36h, 42h, 48h, 54h, 60h, 66h, 72h, 78h, 84h, 90h, 96h, 102h, 108h, 114h, 120h, 126h, 132h, 138h, 144h, 150h, 156h, 162h, 168h, 174h, 180h, 186h, 192h, 198h, 204h, 210h, 216h, 222h, 228h, 234h, 240h, 246h, 252h, 258h, 264h, 270h, 276h, 282h, 288h, 294h, 300h, 306h, 312h, 318h, 324h, 330h, 336h, 342h, 348h, 354h, 360h, 366h, 372h, 378h, 384h, 390h, 396h, 402h, 408h, 414h, 420h, 426h, 432h, 438h, 444h, 450h, 456h, 462h, 468h, 474h, 480h, 486h, 492h, 498h, 504h, 510h, 516h, 522h, 528h, 534h, 540h, 546h, 552h, 558h, 564h, 570h, 576h, 582h, 588h, 594h, 600h, 606h, 612h, 618h, 624h, 630h, 636h, 642h, 648h, 654h, 660h, 666h, 672h, 678h, 684h, 690h, 696h, 702h, 708h, 714h, 720h, 726h, 732h, 738h, 744h, 750h, 756h, 762h, 768h, 774h, 780h, 786h, 792h, 798h, 804h, 810h, 816h, 822h, 828h, 834h, 840h, 846h, 852h, 858h, 864h, 870h, 876h, 882h, 888h, 894h, 900h, 906h, 912h, 918h, 924h, 930h, 936h, 942h, 948h, 954h, 960h, 966h, 972h, 978h, 984h, 990h, 996h, 1002h, 1008h, 1014h, 1020h, 1026h, 1032h, 1038h, 1044h, 1050h, 1056h, 1062h, 1068h, 1074h, 1080h, 1086h, 1092h, 1098h, 1104h, 1110h, 1116h, 1122h, 1128h, 1134h, 1140h, 1146h, 1152h, 1158h, 1164h, 1170h, 1176h, 1182h, 1188h, 1194h, 1200h, 1206h, 1212h, 1218h, 1224h, 1230h, 1236h, 1242h, 1248h, 1254h, 1260h, 1266h, 1272h, 1278h, 1284h, 1290h, 1296h, 1302h, 1308h, 1314h, 1320h, 1326h, 1332h, 1338h, 1344h, 1350h, 1356h, 1362h, 1368h, 1374h, 1380h, 1386h, 1392h, 1398h, 1404h, 1410h, 1416h, 1422h, 1428h, 1434h, 1440h, 1446h, 1452h, 1458h, 1464h, 1470h, 1476h, 1482h, 1488h, 1494h, 1500h, 1506h, 1512h, 1518h, 1524h, 1530h, 1536h, 1542h, 1548h, 1554h, 1560h, 1566h, 1572h, 1578h, 1584h, 1590h, 1596h, 1602h, 1608h, 1614h, 1620h, 1626h, 1632h, 1638h, 1644h, 1650h, 1656h, 1662h, 1668h, 1674h, 1680h, 1686h, 1692h, 1698h, 1704h, 1710h, 1716h, 1722h, 1728h, 1734h, 1740h, 1746h, 1752h, 1758h, 1764h, 1770h, 1776h, 1782h, 1788h, 1794h, 1800h, 1806h, 1812h, 1818h, 1824h, 1830h, 1836h, 1842h, 1848h, 1854h, 1860h, 1866h, 1872h, 1878h, 1884h, 1890h, 1896h, 1902h, 1908h, 1914h, 1920h, 1926h, 1932h, 1938h, 1944h, 1950h, 1956h, 1962h, 1968h, 1974h, 1980h, 1986h, 1992h, 1998h, 2004h, 2010h, 2016h, 2022h, 2028h, 2034h, 2040h, 2046h, 2052h, 2058h, 2064h, 2070h, 2076h, 2082h, 2088h, 2094h, 2100h, 2106h, 2112h, 2118h, 2124h, 2130h, 2136h, 2142h, 2148h, 2154h, 2160h, 2166h, 2172h, 2178h, 2184h, 2190h, 2196h, 2202h, 2208h, 2214h, 2220h, 2226h, 2232h, 2238h, 2244h, 2250h, 2256h, 2262h, 2268h, 2274h, 2280h, 2286h, 2292h, 2298h, 2304h, 2310h, 2316h, 2322h, 2328h, 2334h, 2340h, 2346h, 2352h, 2358h, 2364h, 2370h, 2376h, 2382h, 2388h, 2394h, 2400h, 2406h, 2412h, 2418h, 2424h, 2430h, 2436h, 2442h, 2448h, 2454h, 2460h, 2466h, 2472h, 2478h, 2484h, 2490h, 2496h, 2502h, 2508h, 2514h, 2520h, 2526h, 2532h, 2538h, 2544h, 2550h, 2556h, 2562h, 2568h, 2574h, 2580h, 2586h, 2592h, 2598h, 2604h, 2610h, 2616h, 2622h, 2628h, 2634h, 2640h, 2646h, 2652h, 2658h, 2664h, 2670h, 2676h, 2682h, 2688h, 2694h, 2700h, 2706h, 2712h, 2718h, 2724h, 2730h, 2736h, 2742h, 2748h, 2754h, 2760h, 2766h, 2772h, 2778h, 2784h, 2790h, 2796h, 2802h, 2808h, 2814h, 2820h, 2826h, 2832h, 2838h, 2844h, 2850h, 2856h, 2862h, 2868h, 2874h, 2880h, 2886h, 2892h, 2898h, 2904h, 2910h, 2916h, 2922h, 2928h, 2934h, 2940h, 2946h, 2952h, 2958h, 2964h, 2970h, 2976h, 2982h, 2988h, 2994h, 3000h, 3006h, 3012h, 3018h, 3024h, 3030h, 3036h, 3042h, 3048h, 3054h, 3060h, 3066h, 3072h, 3078h, 3084h, 3090h, 3096h, 3102h, 3108h, 3114h, 3120h, 3126h, 3132h, 3138h, 3144h, 3150h, 3156h, 3162h, 3168h, 3174h, 3180h, 3186h, 3192h, 3198h, 3204h, 3210h, 3216h, 3222h, 3228h, 3234h, 3240h, 3246h, 3252h, 3258h, 3264h, 3270h, 3276h, 3282h, 3288h, 3294h, 3300h, 3306h, 3312h, 3318h, 3324h, 3330h, 3336h, 3342h, 3348h, 3354h, 3360h, 3366h, 3372h, 3378h, 3384h, 3390h, 3396h, 3402h, 3408h, 3414h, 3420h, 3426h, 3432h, 3438h, 3444h, 3450h, 3456h, 3462h, 3468h, 3474h, 3480h, 3486h, 3492h, 3498h, 3504h, 3510h, 3516h, 3522h, 3528h, 3534h, 3540h, 3546h, 3552h, 3558h, 3564h, 3570h, 3576h, 3582h, 3588h, 3594h, 3600h, 3606h, 3612h, 3618h, 3624h, 3630h, 3636h, 3642h, 3648h, 3654h, 3660h, 3666h, 3672h, 3678h, 3684h, 3690h, 3696h, 3702h, 3708h, 3714h, 3720h, 3726h, 3732h, 3738h, 3744h, 3750h, 3756h, 3762h, 3768h, 3774h, 3780h, 3786h, 3792h, 3798h, 3804h, 3810h, 3816h, 3822h, 3828h, 3834h, 3840h, 3846h, 3852h, 3858h, 3864h, 3870h, 3876h, 3882h, 3888h, 3894h, 3900h, 3906h, 3912h, 3918h, 3924h, 3930h, 3936h, 3942h, 3948h, 3954h, 3960h, 3966h, 3972h, 3978h, 3984h, 3990h, 3996h, 4002h, 4008h, 4014h, 4020h, 4026h, 4032h, 4038h, 4044h, 4050h, 4056h, 4062h, 4068h, 4074h, 4080h, 4086h, 4092h, 4098h, 4104h, 4110h, 4116h, 4122h, 4128h, 4134h, 4140h, 4146h, 4152h, 4158h, 4164h, 4170h, 4176h, 4182h, 4188h, 4194h, 4200h, 4206h, 4212h, 4218h, 4224h, 4230h, 4236h, 4242h, 4248h, 4254h, 4260h, 4266h, 4272h, 4278h, 4284h, 4290h, 4296h, 4302h, 4308h, 4314h, 4320h, 4326h, 4332h, 4338h, 4344h, 4350h, 4356h, 4362h, 4368h, 4374h, 4380h, 4386h, 4392h, 4398h, 4404h, 4410h, 4416h, 4422h, 4428h, 4434h, 4440h, 4446h, 4452h, 4458h, 4464h, 4470h, 4476h, 4482h, 4488h, 4494h, 4500h, 4506h, 4512h, 4518h, 4524h, 4530h, 4536h, 4542h, 4548h, 4554h, 4560h, 4566h, 4572h, 4578h, 4584h, 4590h, 4596h, 4602h, 4608h, 4614h, 4620h, 4626h, 4632h, 4638h, 4644h, 4650h, 4656h, 4662h, 4668h, 4674h, 4680h, 4686h, 4692h, 4698h, 4704h, 4710h, 4716h, 4722h, 4728h, 4734h, 4740h, 4746h, 4752h, 4758h, 4764h, 4770h, 4776h, 4782h, 4788h, 4794h, 4800h, 4806h, 4812h, 4818h, 4824h, 4830h, 4836h, 4842h, 4848h, 4854h, 4860h, 4866h, 4872h, 4878h, 4884h, 4890h, 4896h, 4902h, 4908h, 4914h, 4920h, 4926h, 4932h, 4938h, 4944h, 4950h, 4956h, 4962h, 4968h, 4974h, 4980h, 4986h, 4992h, 4998h, 5004h, 5010h, 5016h, 5022h, 5028h, 5034h, 5040h, 5046h, 5052h, 5058h, 5064h, 5070h, 5076h, 5082h, 5088h, 5094h, 5100h, 5106h, 5112h, 5118h, 5124h, 5130h, 5136h, 5142h, 5148h, 5154h, 5160h, 5166h, 5172h, 5178h, 5184h, 5190h, 5196h, 5202h, 5208h, 5214h, 5220h, 5226h, 5232h, 5238h, 5244h, 5250h, 5256h, 5262h, 5268h, 5274h, 5280h, 5286h, 5292h, 5298h, 5304h, 5310h, 5316h, 5322h, 5328h, 5334h, 5340h, 5346h, 5352h, 5358h, 5364h, 5370h, 5376h, 5382h, 5388h, 5394h, 5400h, 5406h, 5412h, 5418h, 5424h, 5430h, 5436h, 5442h, 5448h, 5454h, 5460h, 5466h, 5472h, 5478h, 5484h, 5490h, 5496h, 5502h, 5508h, 5514h, 5520h, 5526h, 5532h, 5538h, 5544h, 5550h, 5556h, 5562h, 5568h, 5574h, 5580h, 5586h, 5592h, 5598h, 5604h, 5610h, 5616h, 5622h, 5628h, 5634h, 5640h, 5646h, 5652h, 5658h, 5664h, 5670h, 5676h, 5682h, 5688h, 5694h, 5700h, 5706h, 5712h, 5718h, 5724h, 5730h, 5736h, 5742h, 5748h, 5754h, 5760h, 5766h, 5772h, 5778h, 5784h, 5790h, 5796h, 5802h, 5808h, 5814h, 5820h, 5826h, 5832h, 5838h, 5844h, 5850h, 5856h, 5862h, 5868h, 5874h, 5880h, 5886h, 5892h, 5898h, 5904h, 5910h, 5916h, 5922h, 5928h, 5934h, 5940h, 5946h, 5952h, 5958h, 5964h, 5970h, 5976h, 5982h, 5988h, 5994h, 6000h, 6006h, 6012h, 6018h, 6024h, 6030h, 6036h, 6042h, 6048h, 6054h, 6060h, 6066h, 6072h, 6078h, 6084h, 6090h, 6096h, 6102h, 6108h, 6114h, 6120h, 6126h, 6132h, 6138h, 6144h, 6150h, 6156h, 6162h, 6168h, 6174h, 6180h, 6186h, 6192h, 6198h, 6204h, 6210h, 6216h, 6222h, 6228h, 6234h, 6240h, 6246h, 6252h, 6258h, 6264h, 6270h, 6276h, 6282h, 6288h, 6294h, 6300h, 6306h, 6312h, 6318h, 6324h, 6330h, 6336h, 6342h, 6348h, 6354h, 6360h, 6366h, 6372h, 6378h, 6384h, 6390h, 6396h, 6402h, 6408h, 6414h, 6420h, 6426h, 6432h, 6438h, 6444h, 6450h, 6456h, 6462h, 6468h, 6474h, 6480h, 6486h, 6492h, 6498h, 6504h, 6510h, 6516h, 6522h, 6528h, 6534h, 6540h, 6546h, 6552h, 6558h, 6564h, 6570h, 6576h, 6582h, 6588h, 6594h, 6600h, 6606h, 6612h, 6618h, 6624h, 6630h, 6636h, 6642h, 6648h, 6654h, 6660h, 6666h, 6672h, 6678h, 6684h, 6690h, 6696h, 6702h, 6708h, 6714h, 6720h, 6726h, 6732h, 6738h, 6744h, 6750h, 6756h, 6762h, 6768h, 6774h, 6780h, 6786h, 6792h, 6798h, 6804h, 6810h, 6816h, 6822h, 6828h, 6834h, 6840h, 6846h, 6852h, 6858h, 6864h, 6870h, 6876h, 6882h, 6888h, 6894h, 6900h, 6906h, 6912h, 6918h, 6924h, 6930h, 6936h, 6942h, 6948h, 6954h, 6960h, 6966h, 6972h, 6978h, 6984h, 6990h, 6996h, 7002h, 7008h, 7014h, 7020h, 7026h, 7032h, 7038h, 7044h, 7050h, 7056h, 7062h, 7068h, 7074h, 7080h, 7086h, 7092h, 7098h, 7104h, 7110h, 7116h, 7122h, 7128h, 7134h, 7140h, 7146h, 7152h, 7158h, 7164h, 7170h, 7176h, 7182h, 7188h, 7194h, 7200h, 7206h, 7212h, 7218h, 7224h, 7230h, 7236h, 7242h, 7248h, 7254h, 7260h, 7266h, 7272h, 7278h, 7284h, 7290h, 7296h, 7302h, 7308h, 7314h, 7320h, 7326h, 7332h, 7338h, 7344h, 7350h, 7356h, 7362h, 7368h, 7374h, 7380h, 7386h, 7392h, 7398h, 7404h, 7410h, 7416h, 7422h, 7428h, 7434h, 7440h, 7446h, 7452h, 7458h, 7464h, 7470h, 7476h, 7482h, 7488h, 7494h, 7500h, 7506h, 7512h, 7518h, 7524h, 7530h, 7536h, 7542h, 7548h, 7554h, 7560h, 7566h, 7572h, 7578h, 7584h, 7590h, 7596h, 7602h, 7608h, 7614h, 7620h, 7626h, 7632h, 7638h, 7644h, 7650h, 7656h, 7662h, 7668h, 7674h, 7680h, 7686h, 7692h, 7698h, 7704h, 7710h, 7716h, 7722h, 7728h, 7734h, 7740h, 7746h, 7752h, 7758h, 7764h, 7770h, 7776h, 7782h, 7788h, 7794h, 7800h, 7806h, 7812h, 7818h, 7824h, 7830h, 7836h, 7842h, 7848h, 7854h, 7860h, 7866h, 7872h, 7878h, 7884h, 7890h, 7896h, 7902h, 7908h, 7914h, 7920h, 7926h, 7932h, 7938h, 7944h, 7950h, 7956h, 7962h, 7968h, 7974h, 7980h, 7986h, 7992h, 7998h, 8004h, 8010h, 8016h, 8022h, 8028h, 8034h, 8040h, 8046h, 8052h, 8058h, 8064h, 8070h, 8076h, 8082h, 8088h, 8094h, 8100h, 8106h, 8112h, 8118h, 8124h, 8130h, 8136h, 8142h, 8148h, 8154h, 8160h, 8166h, 8172h, 8178h, 8184h, 8190h, 8196h, 8202h, 8208h, 8214h, 8220h, 8226h, 8232h, 8238h, 8244h, 8250h, 8256h, 8262h, 8268h, 8274h, 8280h, 8286h, 8292h, 8298h, 8304h, 8310h, 8316h, 8322h, 8328h, 8334h, 8340h, 8346h, 8352h, 8358h, 8364h, 8370h, 8376h, 8382h, 8388h, 8394h, 8400h, 8406h, 8412h, 8418h, 8424h, 8430h, 8436h, 8442h, 8448h, 8454h, 8460h, 8466h, 8472h, 8478h, 8484h, 8490h, 8496h, 8502h, 8508h, 8514h, 8520h, 8526h, 8532h, 8538h, 8544h, 8550h, 8556h, 8562h, 8568h, 8574h, 8580h, 8586h, 8592h, 8598h, 8604h, 8610h, 8616h, 8622h, 8628h, 8634h, 8640h, 8646h, 8652h, 8658h, 8664h, 8670h, 8676h, 8682h, 8688h, 8694h, 8700h, 8706h, 8712h, 8718h, 8724h, 8730h, 8736h, 8742h, 8748h, 8754h, 8760h, 8766h, 8772h, 8778h, 8784h, 8790h, 8796h, 8802h, 8808h, 8814h, 8820h, 8826h, 8832h, 8838h, 8844h, 8850h, 8856h, 8862h, 8868h, 8874h, 8880h, 8886h, 8892h, 8898h, 8904h, 8910h, 8916h, 8922h, 8928h, 8934h



		<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas -</b> <b>HGR</b>		<b>Protocolo nº:</b> _____ <b>Versão:</b> 08	<b>Elaborada:</b> 02/2013 <b>Atualizada:</b> 12/2018
<b>Paciente:</b> João Teodoro dos Santos <b>Leito:</b> 408-3		<b>Data:</b> 10/02/19			
<b>Localização</b>		<b>Região:</b> M.I.E	<b>Grau:</b> I ( ) II (X) 2X		<b>Região:</b> _____ <b>Grau:</b> I ( ) II ( )
<b>Etiologia</b>	<input type="checkbox"/> LP I II III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:				
<b>Aparência do Leito</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:				
<b>Pele Perilesional</b>	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:				
<b>Tipo de Exsudato</b>	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco				
<b>Quantidade de Exsudato</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%				
<b>Solução de Limpeza</b>	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:				
<b>Cobertura primária</b>	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h				
<b>Troca</b>	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h				
<b>Profissional que realizou procedimento:</b>	Mariana Miguel Mendes enfermeira Juciele Joreira				
<b>Observações:</b>					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	11/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				5L V
2	AVP				mont
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO;  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


SINAIS VITAIS				
6 H	115/80	FC 80	FR 14	36°C
12 H	130/80	90	20	36
18 H	150/98	73	20	36,6°C
24 H	131/85	80	14	36°C

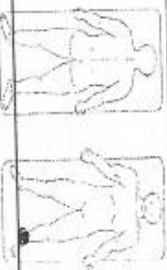

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

7 as 13 h foi adm -  
medicação de horário  
+ SSVV - Ana ma  
23:00h DEXTRO = 150mg/dl  
06:00h - DEXTRO = 147mg/dl


13 as 13h, adm. med.  
cpm e de hora  
+ SSVV  
2  
Ana  
167692



	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: João Teodoro dos Santos	Data: 11/02/2019	
Leito: 408.3					

Localização		Região: MTE		Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II (X) X 2 ( ) LPP I II III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serososanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Tipo de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	( ) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro:			
Cobertura primária	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h ( ) Outro:			
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h ( ) Outro:			
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues Aux. de Enfermagem Adonilde Vieira Araújo Técnica de Enfermagem CORP Nº 506795NTE			
Observações:				



 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	12/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm/1851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	87	20	
18 H	135/72	81	20	
24 H	145/72	83	18	

4108  
3




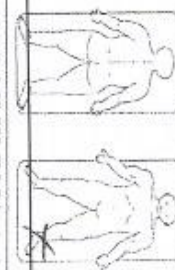



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F


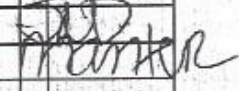
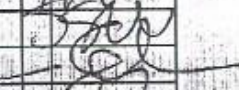
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos			
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <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		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <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 Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____	
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação 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	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <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		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <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	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <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 Repção: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <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	
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>			
<input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	

	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –		Paciente: <i>João Teodoro dos Santos</i>			
HGR	Leito: <i>408.3</i>		Data: <i>12/10/2019</i>			


Localização		Região: <i>pé e</i>		Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (x) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo (x) Ortopedia ( ) Outro: _____			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Estácelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado (x) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____			
Pele Perilesional	( ) Purulento (x) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____			
Tipo de Exsudato	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco ( ) Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco ( ) Outro: _____			
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Troca	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Cesar Soares Costa</i> Técnico de Enfermagem COREN-PR 598-290 <i>Carla de S. Leite</i> Técnica de Enfermagem COREN-PR 597-145-AE			
Observações:	_____ _____ _____			

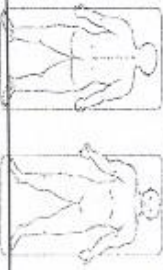
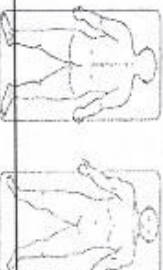


 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958		
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS DM2					
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	13/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS					
2	AVP					
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13	CURATIVO DIÁRIO					
14	SSVV + CCGG 6/6 H					
15	DEXTRO 6/6HRS					
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					
18						
19						
20						
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>						
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> <b># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,</b> <b>ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.</b> <b># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,</b> <b>NORMOCORADO, HIDRATADO.</b> <b># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO</b>						
<b>SINAIS VITAIS</b>						<b>Dr Odinachi Okemir</b> <b>Residente De Ortopedia e</b> <b>Traumatologia</b> <b>Crm 1851-RR</b>
6 H	PA	FC	FR			
12 H	110x60	72	18	36.2		
18 H						
24 H						

16:40  
 PA - 84x58  
 PS - 88 B.P.M  
 TP - 36.2



	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -				
HGR		Paciente: <b>JOÃO TEODORO DOS SANTOS</b>			
Leito: <b>408-3</b>		Data: <b>33/02/19</b>			

Localização		Região: <b>MIE</b>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perifereional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<b>BRUNO S. PEREIRA</b> Téc. de Enfermagem COREN-RR 616.556			
Observações:	<b>Rozângela Miguel Decodro</b> Téc. de Enfermagem COREN-RR 629.703			





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu João Teodoro dos Santos CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 13 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador







## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 13/02/19 Teodoro  
PACIENTE: João Teodoro Dos Santos DN: 15/06/58  
DIAGNOSTICO(S): ~~foram~~ ~~húctico~~ ~~doença~~ ~~de~~

DIH: 15/01/19  
KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_  
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_  
Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
CULTURAS ( / / ): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / / ): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_  
Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS \_\_\_\_\_  
IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO \_\_\_\_\_

USADO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DE \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA INSTITUIDA: *Inalgen*

EVOLUÇÃO CLÍNICA: *Aguardando Reparo*  
*Clínico*

Boa Vista

Dr. Odinei Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RB

de 20 19. Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ /

CRM \_\_\_\_\_ /







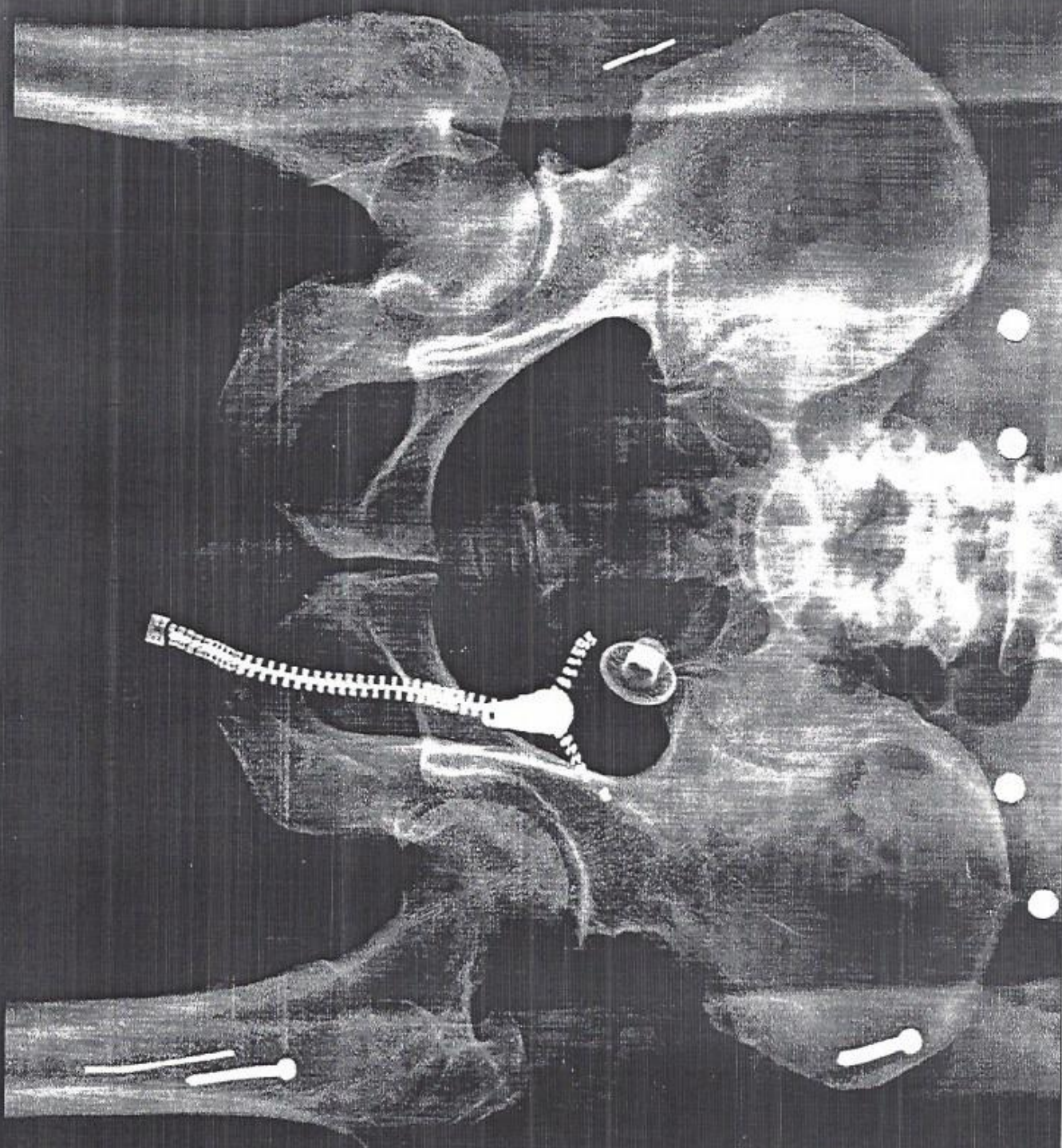


JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE BORATMA



D



. JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

JR WECOSLEY ED. ROSANGELA

575

15/11/2019 14:54:24





4091

15/11/2019 13:50:58

10.1%

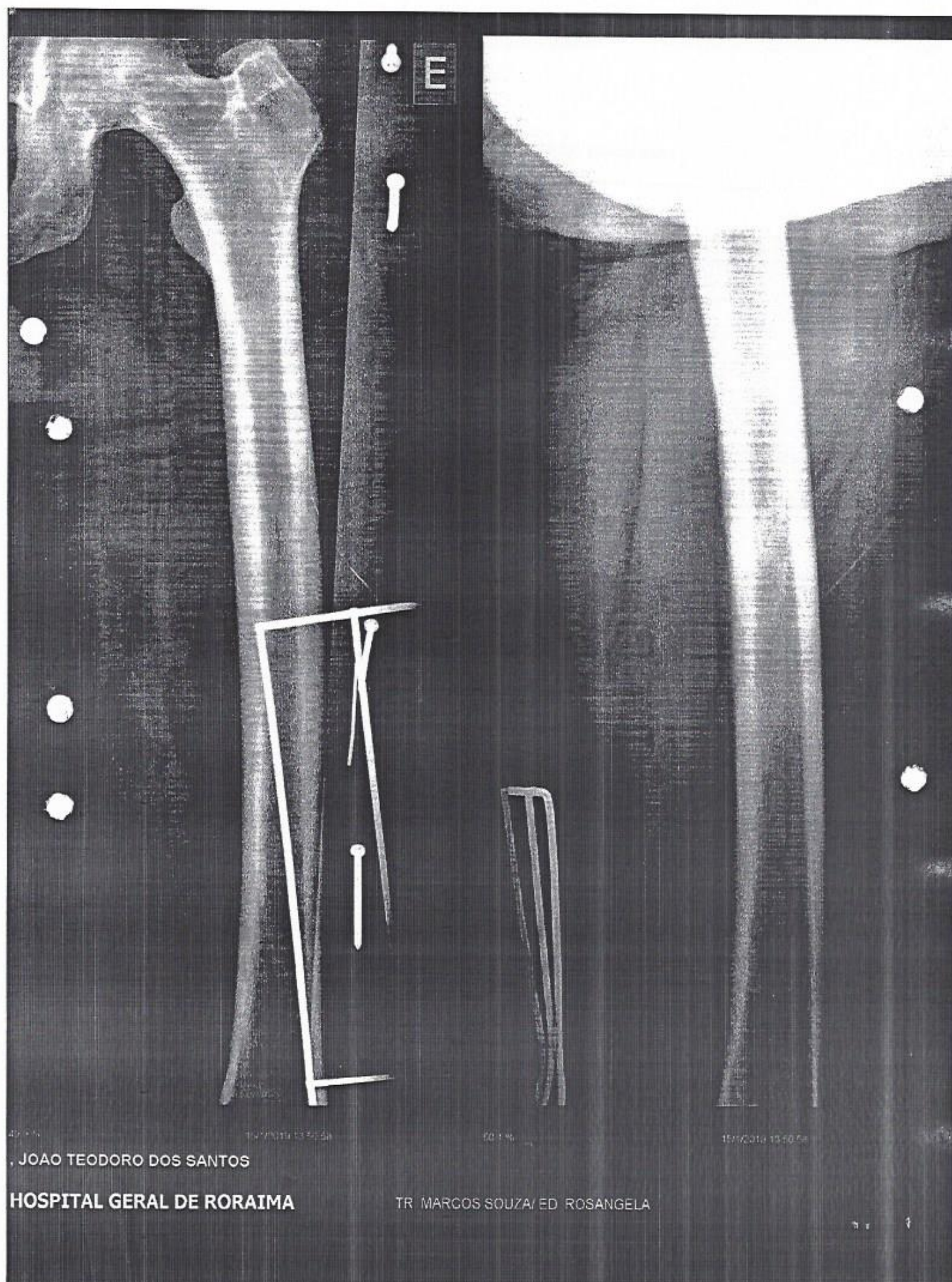
15/11/2019 13:50:58

JOAO TEODORO DOS SANTOS

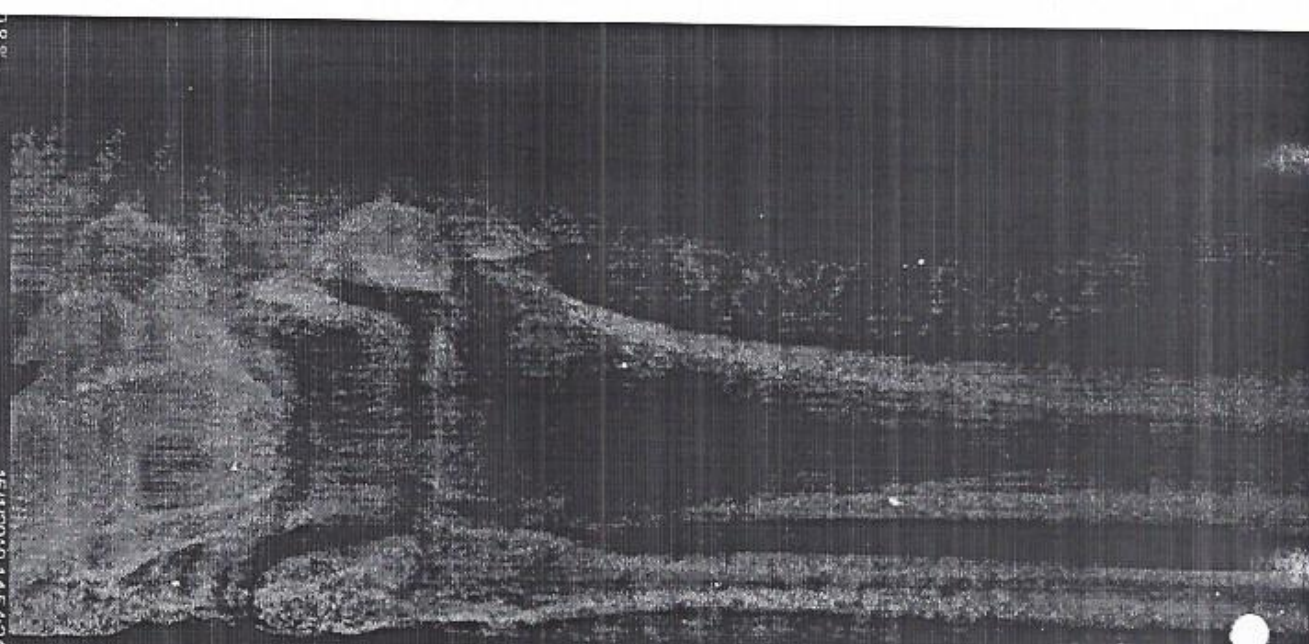
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA





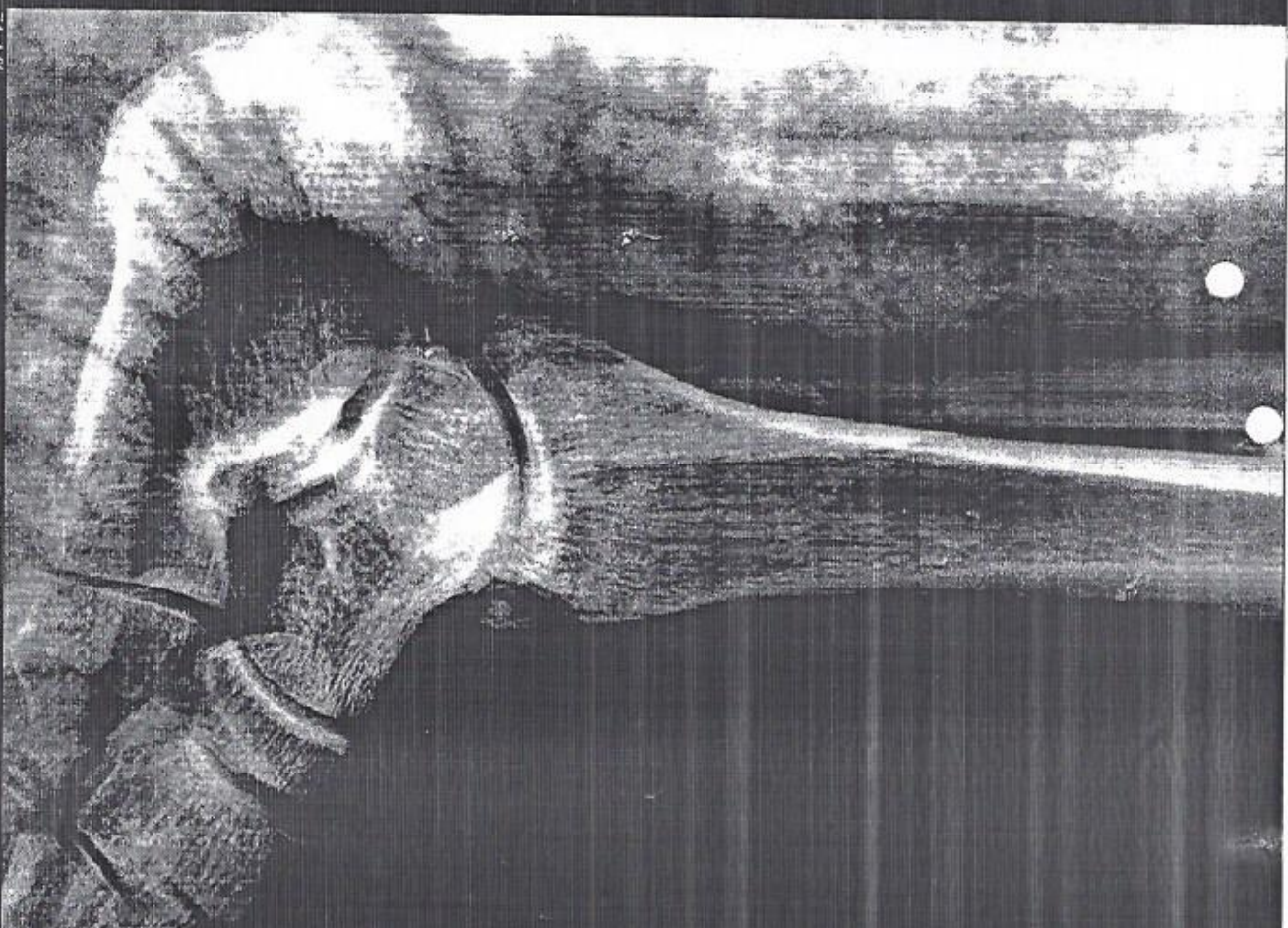




15/1/2019 14:54:24

JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

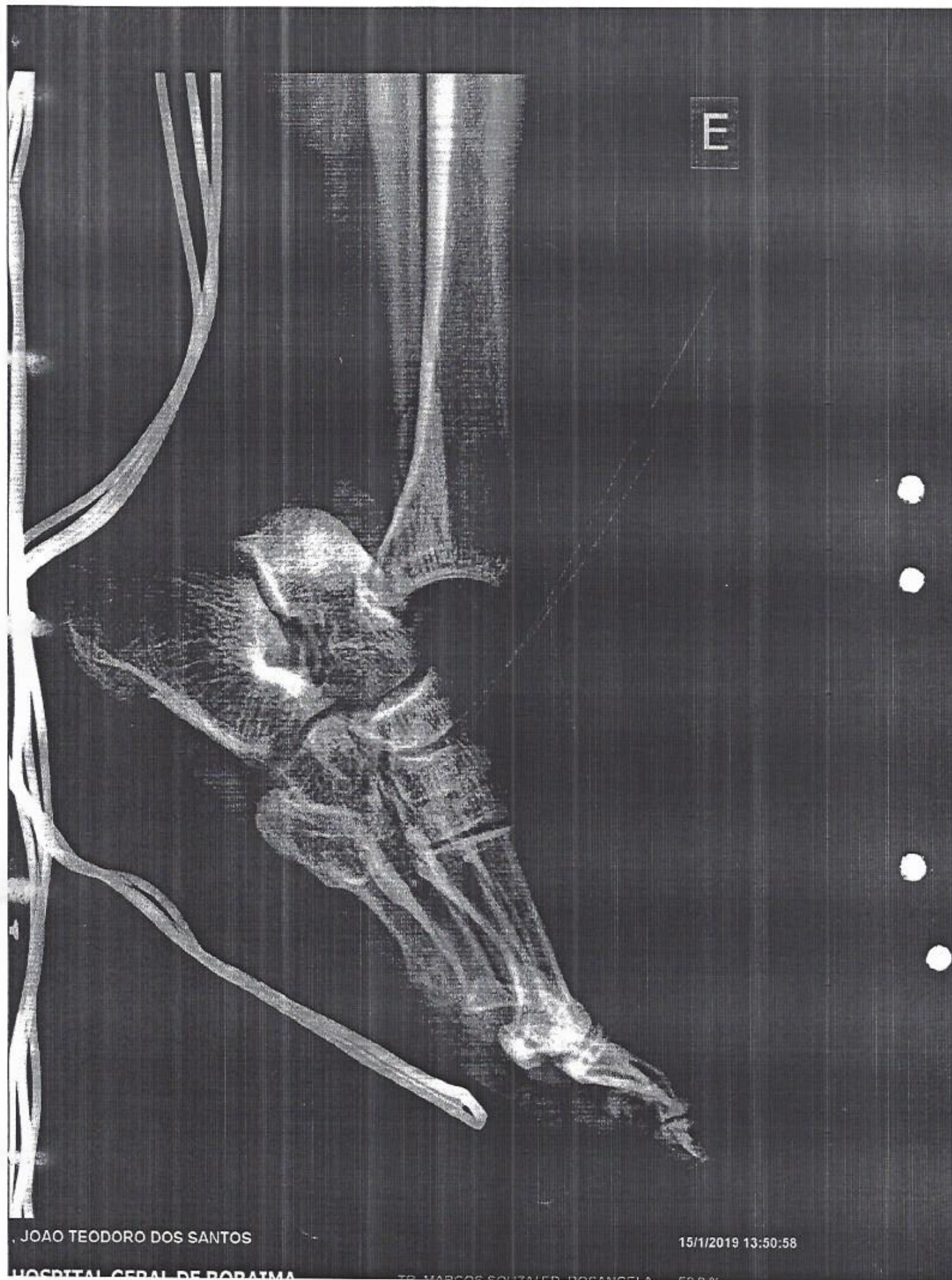


71.4 %

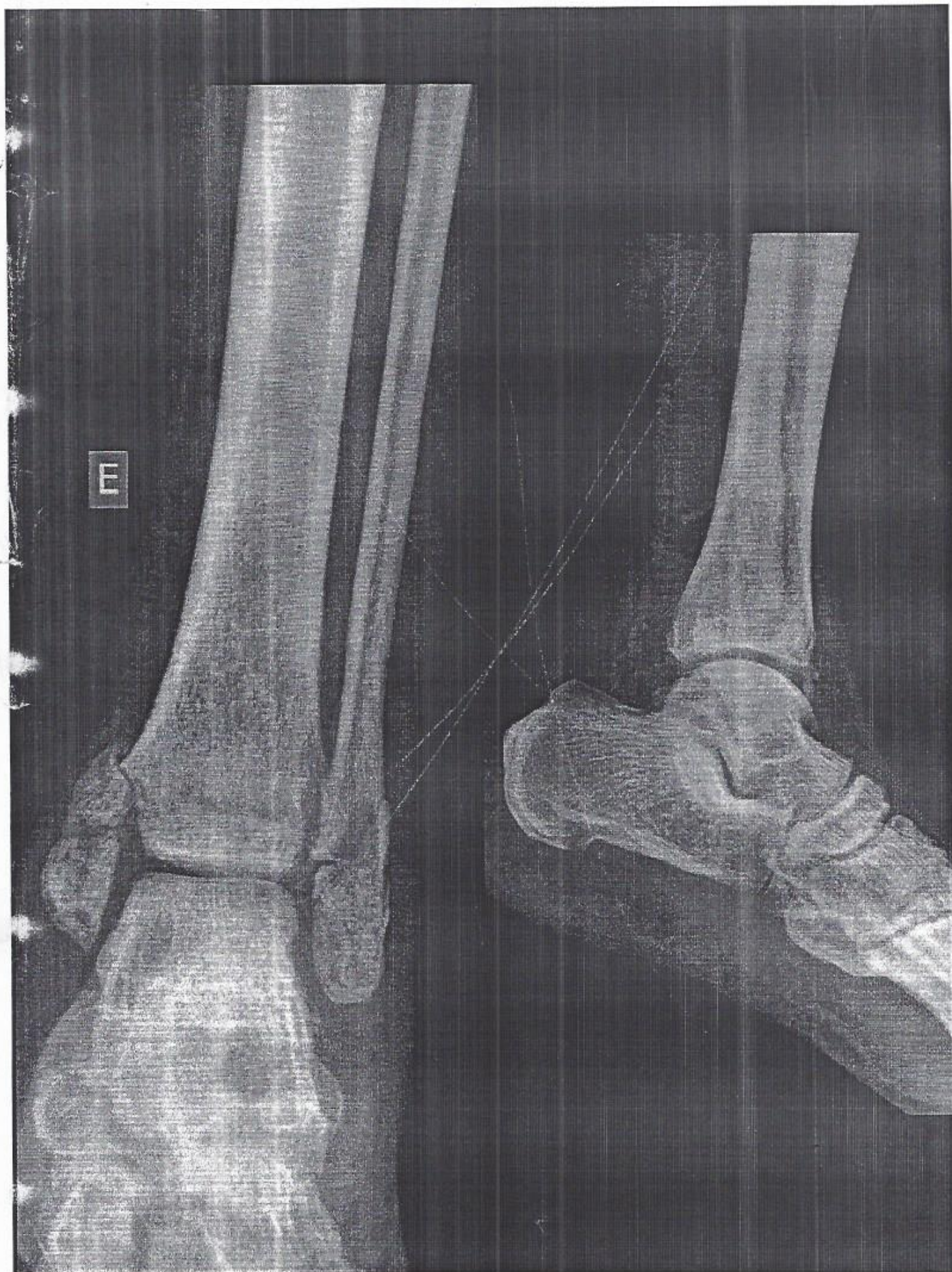
15/1/2019 14:54:24

TR. WELCSLEY ED. ROSANGELA

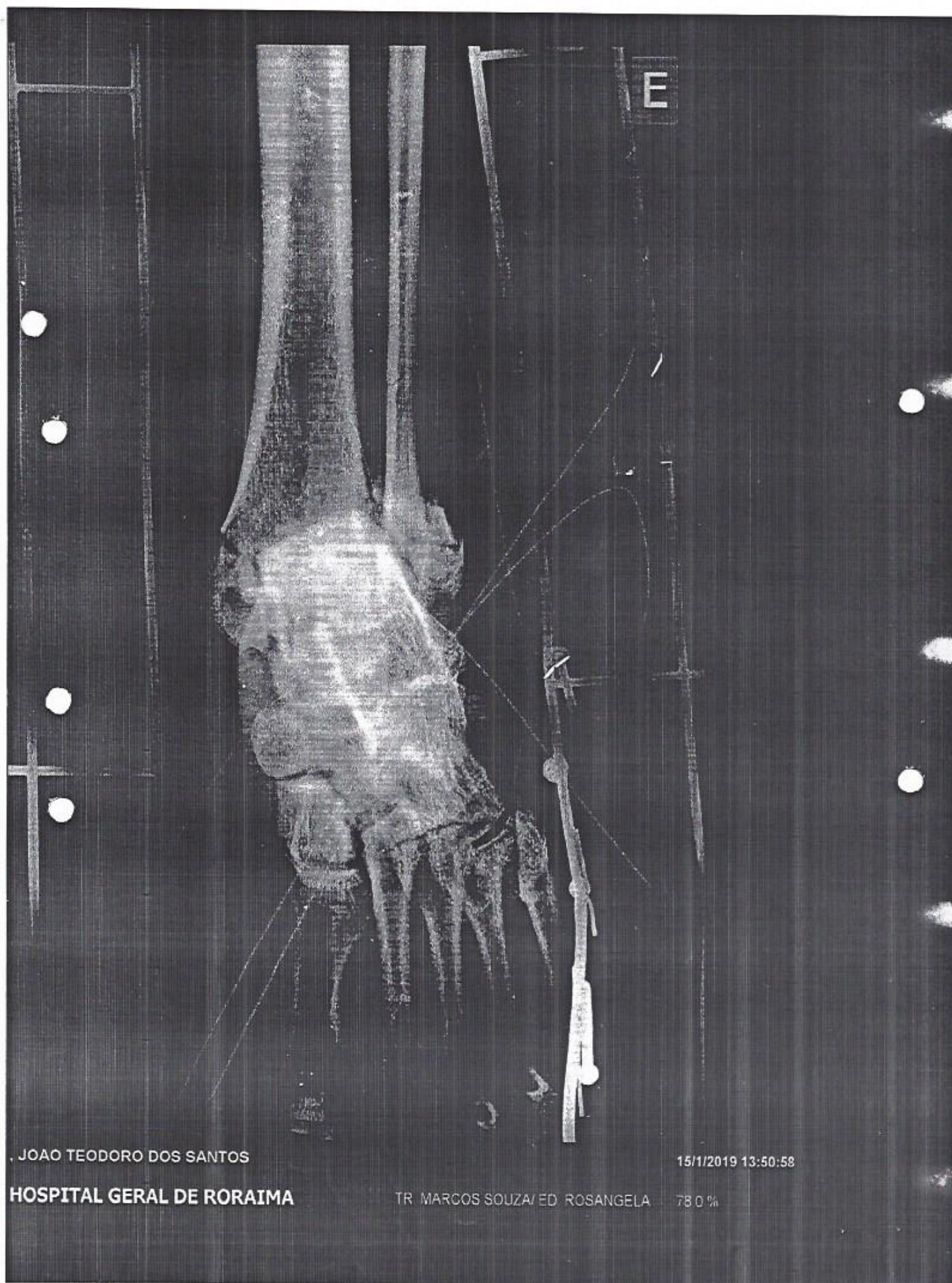












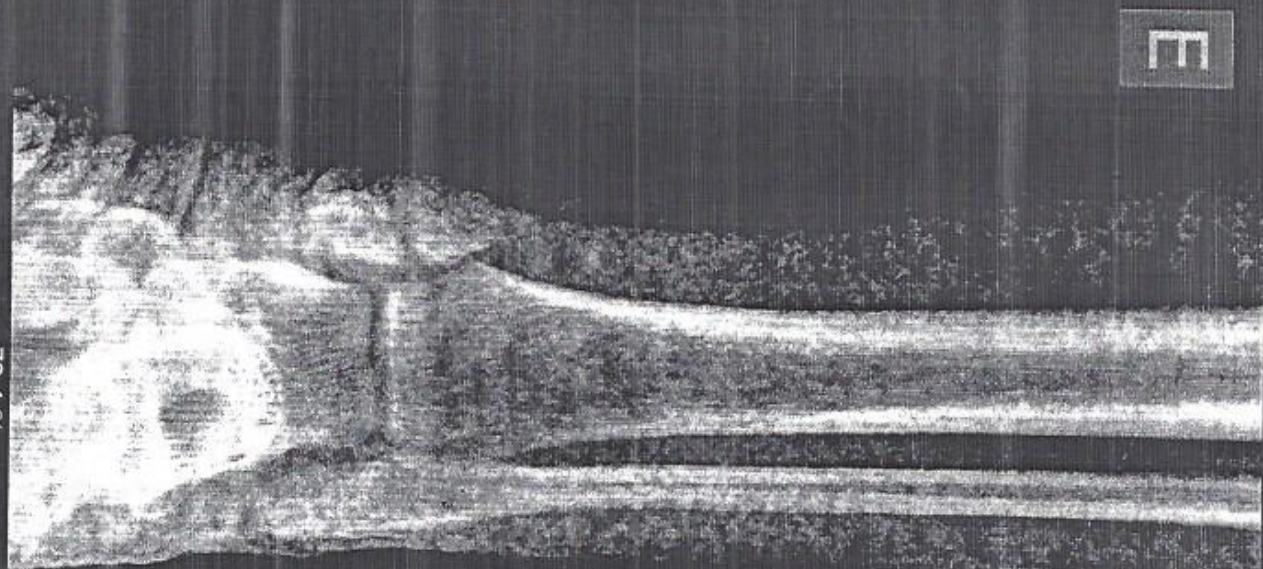
JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/1/2019 13:50:58

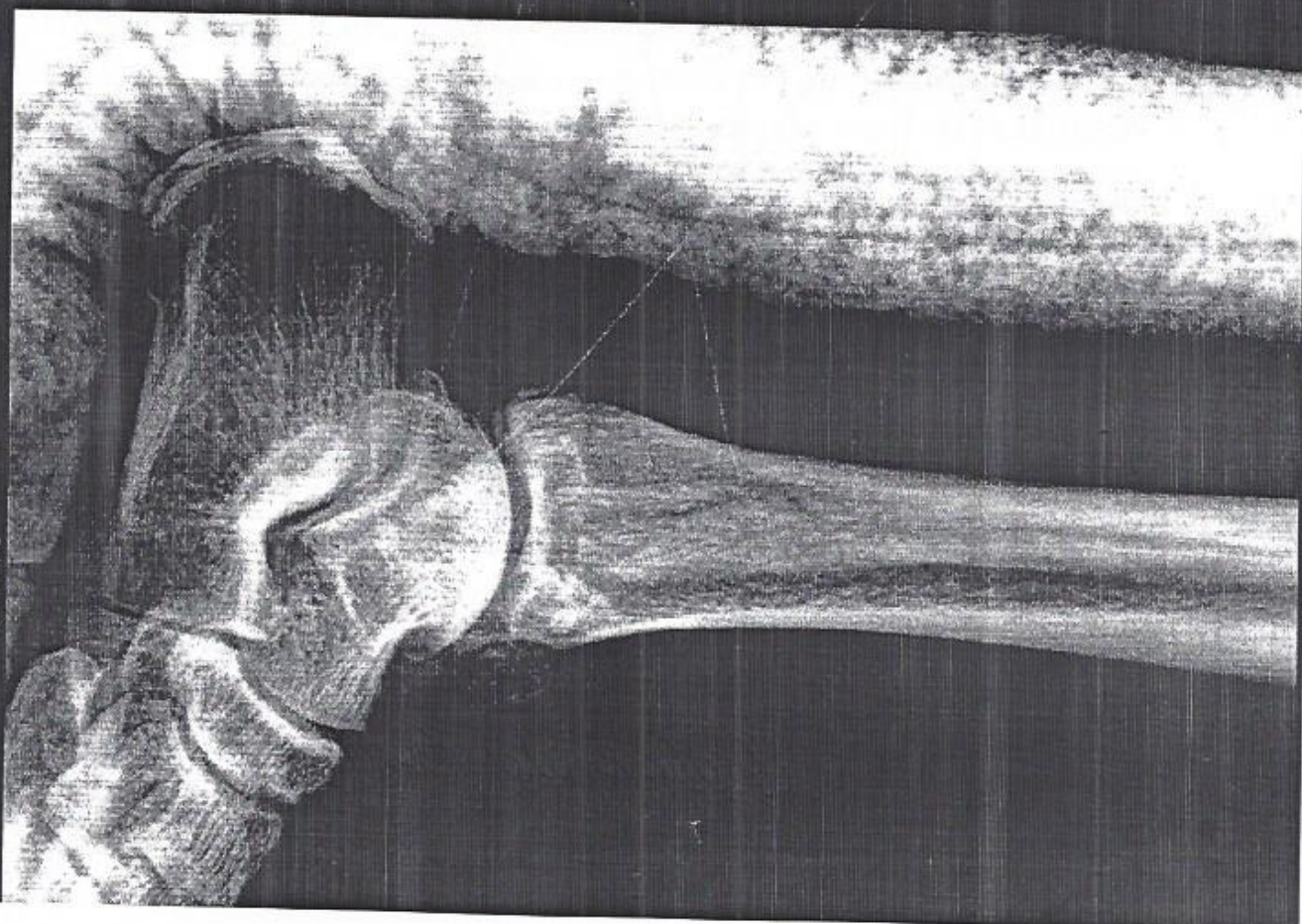
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA 78.0 %





72.4 %



91.2 %

JOAO TEODORO  
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: LEITO 329  
Data: 03/03/2019

Nº: 182  
Tec: TR.ALLISON





Tam. real

116,6 %

OA O TEODORO DOS SANTOS

ID: 60

Nº: 1308

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 24/05/2019

Tec:

323





JOAO TEODORO DOS SANTOS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

83,7%

ID:

Data: 27/03/2019

Tec:

Nº: 275

77,7%





JOAO TEODORO DOS SANTOS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:

Data: 27/03/2019

Nr: 275

Tec:

107,6 %









**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
DR. WILSON FRANCO

## RECEITUÁRIO

Nome:

*Jose Teodoro dos Santos*

*Luiz Wilson*

*paciente de trauma de torn (E)  
no Acidente para procedimento  
cirurgico. no momento em  
procedimento de retirada  
sua primeira lesão*

*28/05/19*

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1917/RR

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO







GOVERNO DO RIO DE JANEIRO  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

*João dos Santos*

RECEBUEIRO

trauma

Fratura torçilo (E), evidenciada 5 meses,  
indicado tratamento cirúrgico, porém proce-  
dimento não realizado e evidência com  
condição visível, bloqueio articular  
lesão remanescente.

CID: S82.3 -

DATA 3 7 09

Dr. Dalson Feitosa

Ortopedia - Traumatologia

CRM-RR 1170

Assinatura e Carimbo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

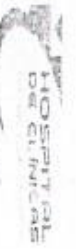
29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Celso de Freitas, 444 - Boa Vista - RJ

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinheiro, 800 - Centro - Boa Vista - RJ  
CEP: 08.201-100 - CNPJ: 04.013.400/0001-00





## INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES – ESCALA DE FUGUIM

NOME:

ID:

DATA:

SEXO: (M) (F) BLOCO:

## ÁREA DE CUIDADO

## GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

	4	3	2	1	SOMATÓRIO
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	11
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio	11
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 3 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle de rotina (intervalos de 6 horas)	11
Motilidade	Incapaz de movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade em movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais	11
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante	11
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	11
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral, realizados pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Autossuficiente	11
Eliminações	Evacuações no leito e usa de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	11
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	LM ou V. O	11
					TOTAL: 11

Classificação:

Assinatura e carimbo do profissional:

Marley Aquino Coutinho  
 Enfermeiro  
 714 731 COREN-AM

Complexidade Assistencial Pontuação

Intensivo

Acima de 31

Semi-Intensivo

27-31


Básico

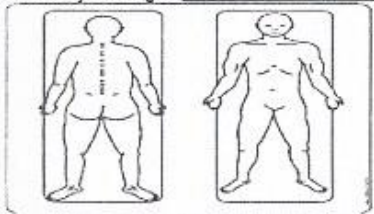
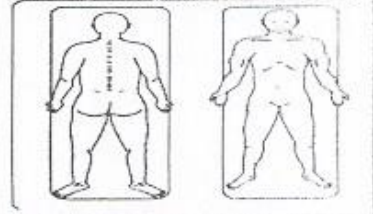
21-26



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DAS CLÍNICAS		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/08/1958	
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE MARIA TEODORO		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA- RR	
		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO RR	
		18 - UF RR	
		19 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  PACIENTE MASCULINO 60 ANOS VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO. APRESENTANDO FRATURA E LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, AVALIADO PELO SERVIÇO DE ORTOPEDIA ENCAMINHADO AGUARDANDO CIRURGIA.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  AS ACIMA + RISCO DE COMPLICAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA TORNOZELO E			
24 - CID 10 PRINCIPAL S58.200			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA MÉDICA			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( X ) CIP			
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Paulo Sergio de Souza			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/02/2019			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 13 FEV. 2019			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - Nº DO BILHETE			
41 - SÉRIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CIORE			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 329			

Nome: <u>José Teodoro</u>					
DATA: _____  <input type="checkbox"/> GRAU - I  <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: _____  <input type="checkbox"/> GRAU - I  <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
Apresentação do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs					
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- _____	02- _____	01- _____	02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR


NOME: Paulo Sergio de Souza HD 3029  
DATA: 29/10/19 SEXO: M ( ) F IDADE 40 PESO 70 KG. LETO 3029 • ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
<b>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</b>									
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA						
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA						
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____								
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____								
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____								
DRENOS? SIM ( ) NÃO ( )	QUAL? _____								
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO									
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III									
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO									
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓNICAS ( ) ANISOCÓNICAS ( ) MIDRIÁTICA									
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS									
HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA									
OBS: _____									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATORIA: ( ) SIM ( ) NÃO									
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO									
MÚRMURIS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO _____									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS									
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:									
( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALÍDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA									
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) JACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRRREGULAR ( )									
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA									
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME									
PULSO: ( ) NORMAL/CARDÍACO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO									
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) INTACTO ( ) DESNUTRIDO									
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TÊNDO ( ) AGUDO ( ) VÍCIO PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/ÚRINÁRIOS/FECAIS: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) DIARREIA									
APARELHO GENITOURINÁRIO/INTIMIDADE									



ASS. E CARIMBO-TÉCNIC ENFERMAGEM:



 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>HC</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>JOÃO TEODORO DOS SANTOS</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO</b>					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	23/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14h/22h 96
4	TILAFIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				96
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				20
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				20
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã
15	DEXTRO 6/6HS				14h/22h 96
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
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.				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA.  
EUPNEICO, LOTE, BEG.  
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

	PA - FC	T	E/D
SINAIS VITAIS			
6 H	100/70 72	36.0	- +
12 H			
18 H	140x90 89	36.0	+ +
24 H	160x60 70	36.0	+ +

06:00h  
105 mg/dl  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.


manhã 24h 178 mg/dl

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 15137 RQE 684

Dextro 273 as 12hs.  
feito 2UI

Dextro  
as 18hs  
264/2UI feito



 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC</b>						HC
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE <b>JOÃO TEODORO DOS SANTOS</b>						
DIAGNÓSTICO <b>FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO</b>						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	23/2/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				<del>14h/20h</del> 06h	
4	TILAFIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				20	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				20	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				20	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				20	
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã	
15	DEXTRO 6/6HS				<del>12h/20h</del> 06h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20	
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA.  
EUPNEICO, LOTE, BEG.  
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

PA: FC T: EID

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	EID
6 H	100/70	72	36.0	- +
12 H				
18 H	140x90	89	36.0	+ +
24 H	100x60	70	36.0	+ +

dentro 06:00h  
10.5 mg/dl  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

dentro 24h 178 mg/dl

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 16137 RQE 684

Dextro 273 as 12hs.  
Feito 2UI

Dextro  
as 18hs  
264/2UI Feito





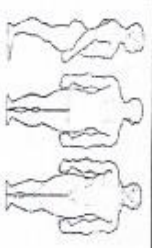
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Sérgio de Souza SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: 40 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 10 • ALÉRGICO ? NÃO

DATA: 23/03/19 HD: 10

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA



SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: \_\_\_\_\_

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: \_\_\_\_\_

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: \_\_\_\_\_

DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO

PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OSTRUDIDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: \_\_\_\_\_

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO \_\_\_\_\_

RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HÍDRATA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALEDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) MACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMAL/CARDÍACO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

R.H.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/INTENÇÕES/PRODUTOS: ( ) HECES ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) URINÁRIA

DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO

( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA

( ) ANSIEDADE

( ) MEDO

( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ

( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO

( ) Desequilíbrio

( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

( ) FADIGA

( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

( ) RISCO PARA Quedas

( ) RISCO PARA LESÃO

( ) AUTOESTIMA PERTURBADA

( ) DIARRÉIA

( ) CONSTIPAÇÃO

( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

( ) DOR

( ) HIPOTERMIA

( ) HIPERTERMIA

( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

( ) CONFORTO PREJUDICADO

( ) DEFETO CARDÍACO DIMINUIDO

( ) CISTIDA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE \_\_\_\_/\_\_\_\_ H

( ) MANter MONITORIZAÇÃO

( ) MANter CABECEIRA ELEVADA \_\_\_\_

( ) ASPIRAR VIAS /TQT \_\_\_\_

( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

( ) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

( ) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

( ) OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA

( ) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_ H

( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

( ) MANter JEJUM A PARTIR DAS: \_\_\_\_ H

( ) REALIZAR DEXTRO \_\_\_\_/\_\_\_\_ HORAS

( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO

( ) REALIZAR BANHO NO LETO

( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO \_\_\_\_/\_\_\_\_ H

( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: \_\_\_\_

( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE

( ) ESTIMULAR DEMARILHAÇÃO

( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

( ) OUTROS




EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
DATA	HORA	DATA	HORA
<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA 29/02 HORA 14:00</p> <p>Realizei no leito, com fratura luxada do ombro (E). Realizei o curativo pelo método de Curatela, a deito operado, após a limpeza, lavado, com álcool e curativos parciais.</p> <p>Enfermeiro Suzanna R. Silvino COREN 395.062-PR</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>Realizei no leito com fratura luxada do ombro (E). Realizei o curativo pelo método de Curatela, a deito operado, após a limpeza, lavado, com álcool e curativos parciais.</p> <p>Enfermeiro Suzanna R. Silvino COREN 395.062-PR</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA 29/02 HORA 18:00</p> <p>Part. no leito com fratura luxada do ombro (E). Realizei o curativo pelo método de Curatela, a deito operado, após a limpeza, lavado, com álcool e curativos parciais.</p> <p>Téc. Enfermagem Ana Paula COREN 395.062-PR</p> <p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>Realizei no leito com fratura luxada do ombro (E). Realizei o curativo pelo método de Curatela, a deito operado, após a limpeza, lavado, com álcool e curativos parciais.</p> <p>Téc. Enfermagem Ana Paula COREN 395.062-PR</p> <p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	

M2 AME  
CORRIGIDA



329



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**

**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC**

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>JOÃO TEODORO DOS SANTOS</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO</b>					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	24/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mantido
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-06/2
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12-18-24-06/2
15	DEXTRO 6/6HS				20h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
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				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA


**Dr. Elden Soares**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

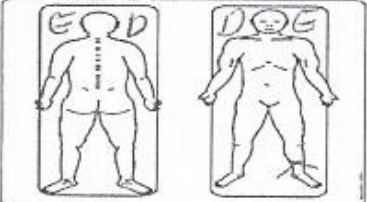
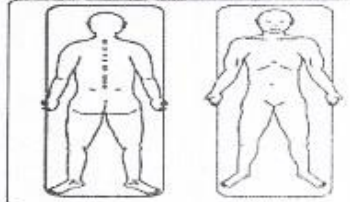

appt 12hs dextro 132mg/dl

SINAIS VITAIS	PA	FC	D	E	FR	tem
6 H	96/70	82	-	-	-	36.2°C
12 H	131/79	65	+	+	20	36.2°C
18 H						
24 H	140/97	82	+	-		36.3°C

DXT às 18h: 261 mg/dl : feito 04 UI de IR.  
Dextro 24: 53 mg/dl  
06h dextro 117 mg/dl.



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: <u>João Todorero dos Santos</u>			
DATA: <u>24/02</u>  <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA:  <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:46h</u> <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca; Em caso de + de 24hs	<u>25/02/19</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Elenice Lopes de Sousa</u> CONVENITEC 047 956 TF	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Frederico dos Santos HD Fratura Quadril de  
DATA: 24/02/19 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATERER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
CATERER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____		DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____		DATA: _____		
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____					
DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? _____					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO					
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS					
HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) PRAZÓVEL ( ) PRECÁRIA					
OBS: _____					
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO					
FREQUÊNCIA: ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO					
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES					
TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					
( ) HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA					
( ) CIANÓTICA ( ) YACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORMOTÉRMICA ( ) HIPERTÉRMICA ( ) HIPOTÉRMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA					
PULSO PERIFÉRICO: ( ) FRÁTIL ( ) ARRITMICO ( ) FILIFORME					
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDO ( ) AUSENTE					
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO					
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES					
ABDOMEN: ( ) FLACIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VÍNG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/BOCOS/EPISÓDIOS: ( ) NORMAL ( ) OABRADA ( ) CONSTIPACÃO ( ) MILENA					
DIAGNÓSTICO					
( ) RISCO DE INFECÇÃO					
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					
( ) INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA					
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA					
( ) ANSIEDADE					
( ) MEDO					
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ					
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO					
DESEQUILIBRADA					
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA					
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO					
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS					
( ) FADIGA					
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE					
( ) RISCO PARA Quedas					
( ) RISCO PARA LESÃO					
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA					
( ) DIARRÉIA					
( ) CONSTIPAÇÃO					
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO					
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO					
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA					
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO					
( ) DOR					
( ) HIPOTERMIA					
( ) HIPERTERMIA					
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					
( ) PADRÃO DO SOND PREJUDICADO					
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA					
( ) CONFORTO PREJUDICADO					
( ) DÉFICIT CARDÍACO DITATADO					
( ) INUTRIÇÃO					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS					
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS					
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 h					
( ) MANter MONITORIZAÇÃO					
( ) MANter CABECEIRA ELEVADA					
( ) ASPIRAR VIAS/TOT					
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA					
( ) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS					
( ) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS					
( ) OBSERVAR PERÍSSÃO PERIFÉRICA					
( ) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS					
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2/2 h					
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.					
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS					
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM					
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL					
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA					
( ) MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ h					
( ) REALIZAR DEXTRO _____ HORAS					
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO					
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO					
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO					
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ h					
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO					
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:					
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO					
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO					
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.					
ATIVIDADES OUTRAS					

Shirley R. S. S. Silva  
Enfermeira  
220403-06-0000-0000



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	
<p>Revisite no leito, fez higiene caring ao 24h. de 5h30/dl; mto foi realizado a janting por o pacient comu frei e vauug no foi pueao por a deures.</p> <p><b>Suoriths R. Sileiro</b> Enfermeira CORREN 386.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Revisite no leito com componente realizado teste de AP com 500 ml de suerito e resultados e seu com segue os critério de enfermeira.</p> <p><b>Elaine Lopes</b> CORREN 386.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	



329

5



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	25/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				12.00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06.00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Próx. dia
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				AT
15	DEXTRO 6/6HS				18.00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20.00
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.  
 TUBERÍCULO, LOTE, BCG.  
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	B	DT
6 H	140/80	79	18	36	+	-	82
12 H	130/80	76	18	36	+	+	183
18 H	120/70	75	17	36,6	+	+	
24 H	120/70	75	17	36,6	+	+	144

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni  
 Ortopedista/Traumatologista  
 CRM-RR 1615 / RQE: 694



<sup>1</sup> Os pacientes com 42 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: \_\_\_\_\_ HD \_\_\_\_\_  
DATA: 25/08/2019 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LETO: 338 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
<b>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</b>				
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM (x) NÃO ( )	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: 25/08			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (x) NÃO ( )	DATA: 25/08			
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____			
DRENOS? SIM ( ) NÃO (x)	QUAL? _____			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO				
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO (x) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (x) PÉRVIAS ( ) OBTURADAS HIGIENE BUCAL: (x) FAVORÁVEL ( ) PÉSSIMA				
OBS: _____				
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM (x) NÃO				
FREQUÊNCIA: (x) EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO				
MÚLTIPLAS VESICULAS: ( ) PRESENTES ( ) TOSSE: (x) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO _____				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RÔNCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
(x) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALÍDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA				
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: (x) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDA				
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME				
PULSO: ( ) NORMAL ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO				
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TÊNDO ( ) AGUDO ( ) V.M.G PALPÁVEL				
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA				
APARELHO GENITURINÁRIO/URINÁRIO:				
(x) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) DISTONIA ( ) SVD ( ) LIMPIDA ( ) CONCENTRADA				

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(x) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
(x) ANSIEDADE	( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
( ) MEDO	( ) ASPIRAR VIAS /TQT _____
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	(x) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
( ) DESEQUILIBRADA	(x) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
(x) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	(x) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
( ) FADIGA	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	(x) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
(x) RISCO PARA QUEDAS	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) RISCO PARA LESÃO	( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) DIARRÉIA	( ) MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____H
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	(x) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	(x) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
( ) DOR	(x) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) HIPOTERMIA	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
( ) HISTEREMIA	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
(x) INTERFERÊNCIA DA PELE PREJUDICADA	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	( ) OUTROS _____
( ) CONFORTO PREJUDICADO	
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	
( ) OUTROS:	

12/10/2019  
Enfermeira  
Cristina de Jesus



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ATAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Paciente no 1º dia de internação, estável. Apresenta sem febre, oligúria, sem desconfortos, oculto bem, dieta adequada, funções fisiológicas preservadas.</p> <p>Elisa M. de Jesus Enfermeira COREN/RN 36650</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>Paciente em 1º dia de internação, estável. Apresenta sem febre, oligúria, sem desconfortos, oculto bem, dieta adequada, funções fisiológicas preservadas.</p> <p>Adriana M. de Jesus Téc. Enfermagem COREN/RN 778.086</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>
<p>Paciente durante com febre, oligúria, sem desconfortos, oculto bem, dieta adequada, funções fisiológicas preservadas.</p> <p>Elisa M. de Jesus Enfermeira COREN/RN 36650</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>Paciente em 1º dia de internação, estável. Apresenta sem febre, oligúria, sem desconfortos, oculto bem, dieta adequada, funções fisiológicas preservadas.</p> <p>Adriana M. de Jesus Téc. Enfermagem COREN/RN 778.086</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>



329



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	26/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mont
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				24/28 96
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				96
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMMIG				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				12 16 24 08 27/2
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. PUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

Resumo G.H. - TFI base


SINAIS VITAIS	P.A	FC	TA	TD	DE	DXT
6 H	122x80	78	18	36,2	+	51
12 H	120x80	64	18	36,98	+	112
18 H						
24 H	103x70	80	18	36,3	+	189

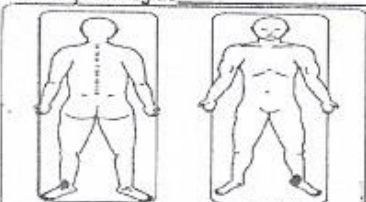
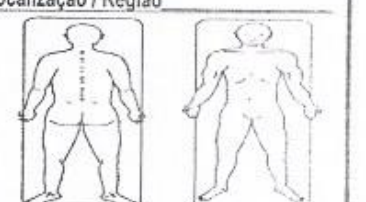
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Rosehay Khareira S. Rodriguez  
Téc. Enfermagem  
OREN-RR 509.35

27/08/19  
DXT = 384 mg/dl



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO: 329</b>		

Nome: <b>João Teodoro dos Santos</b>			
DATA: <b>22.02.19</b> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <b>Téc Enfermagem</b> <b>Andreia Gomes Gonçalves</b> 02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<b>Elza M. Lima</b> Enfermeira COREN/RN 356930		
OBS:			
OBS:			

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
 \* Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





## SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: \_\_\_\_\_

HD \_\_\_\_\_

DATA: 26/02/19SEXO: ☒ M ( ) F

IDADE \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

KG. \_\_\_\_\_

LEITO \_\_\_\_\_

• ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

## LESÕES

CAETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="radio"/>	LOCAL	DATA
CAETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ☒ NÃO ☐ DATA: \_\_\_\_\_SONDA NASOENTERAL: SIM ☐ NÃO ☒ DATA: \_\_\_\_\_IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES  
DRENOS? SIM ☐ NÃO ☒ QUAL? \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO  
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ☒ LOCAL: \_\_\_\_\_ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO  
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA  
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA  
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OSTRUDIDAS HIGIENE BUCAL ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZDÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: \_\_\_\_\_

## TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: ( ) SIM ☒ NÃOFREQUÊNCIA: ☒ EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICOMÚRMIDOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: ☒ AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO \_\_\_\_\_

RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILLOS

## CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

☒ HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA  
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

## APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMAL ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

## LOCAL DO PULSO: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

## APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADOESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO  
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VMG PALPÁVELELIMINAÇÕES/VÍMEROS/EPÍDIDOS: \_\_\_\_\_  
( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

## APARELHO GENITURINÁRIO/BIURESE:

☒ ESCONTEIDA ( ) ESTIMULADA ( ) OBSTRUTIDA ( ) SNO ( ) TENDIDA ( ) CONCENTRADA

## DIAGNÓSTICO

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- ( ) RISCO DE INFECÇÃO  
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA  
( ) ANSIEDADE  
( ) MEDO  
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ  
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO  
( ) Desequilíbrio  
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA  
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO  
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS  
( ) FADIGA  
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE  
( ) RISCO PARA Quedas  
( ) RISCO PARA LESÃO  
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA  
( ) DIARRÉIA  
( ) CONSTIPAÇÃO  
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO  
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO  
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA  
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO  
( ) DOR  
( ) HIPOTERMIA  
( ) HIPERTERMIA  
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA  
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO  
( ) DEGRUTUÇÃO PREJUDICADA  
( ) CONFORTO PREJUDICADO  
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO  
( ) OUTROS:
- ( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS  
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS  
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H  
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO  
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA  
( ) ASPIRAR VIAS/TQT  
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA  
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS  
( ) OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA  
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS  
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE    /    H  
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.  
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS  
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM  
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL  
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA  
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS:    H  
( ) REALIZAR DEXTRO    /    HORAS  
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO  
( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO  
( ) REALIZAR BANHO NO LETO  
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO    /    H  
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO  
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:  
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO  
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO  
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA  
( ) OUTROS



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Paciente no Ceto Queto com sede de hidratação em 01/10/2019. Estado hidratação regular satisfatória, ruído de hálito normal e pulmões, orelhas com leve efusão tímpana fisiológica mantida.</p>	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA : TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	<p>Realizado SSVL+ DXT (pito e pto) e S/ queixas adicionais. Segue em cuidados de enfermagem.</p>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA / HORA : TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
<p>NOITE:</p>	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	<p>Realizado SSVL+ DXT (pito e pto) e S/ queixas adicionais. Segue em cuidados de enfermagem.</p>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Phelma Raimundo S. Raimundo  
Téc. Enfermagem  
Téc. Enfermagem



329



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	27/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				ment
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				20.06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 II				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 6/6HS				18.21
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20.06
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				

VOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACELIANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NÉGA QUEIXAS ÁGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

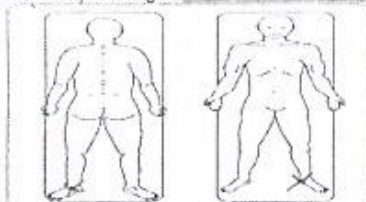
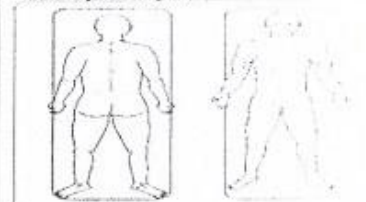
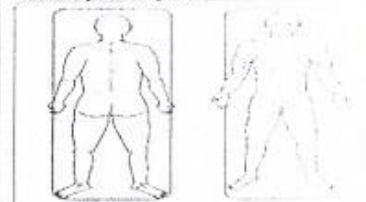
SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	E
6 H	112x74	70	17	36.5	+	-
12 H	120x80	72	19	36.5	+	+
18 H	120x70	80		36.5		
24 H	130x80	73	20	36.5	+	+

dedo  
 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.  
 24h p-ntro 206mg/dl 2UI  
 realizado 2UI insulín regular

Dr. Pedro De Giovanni  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM RR 10.151 RQE: 604



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: _____ GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: _____ GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Localização / Região 
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entoma / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entoma / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entoma / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entoma / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Horário do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Horário do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Horário do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Horário do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
OBS:	OBS:	OBS:	OBS:



## SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME:

HD

DATA:

27/09/19

SEXO: ( ) M ( ) F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

303

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS									
CATER central	SIM ( ) NÃO (x)	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> DESEQUILIBRADA <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEDAS <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 h <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TQT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERSUÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE / h <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: h <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO / HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / h <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS	
CATER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA						
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO (x)	DATA:								
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (x)	DATA:								
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO (x)				DATA:					
DRENOS? SIM ( ) NÃO (x)				QUAL?					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III									
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO									
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA									
ACUIDADE VISUAL: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (x) PÉRVIAS ( ) OBTURADAS									
HIGIENE BUCAL: (x) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA									
OBS:									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM (x) NÃO									
FREQUÊNCIA: (x) EUPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO									
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSSE: (x) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS									
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:									
(x) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA									
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) JACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: (x) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )									
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDA									
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME									
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: (x) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO									
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VMG PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: ( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA									
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: ( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) SVU ( ) LÍMPIDA ( ) CONCENTRADA									

COPIAR PARA: 1.3010  
 2.3010  
 3.3010  
 4.3010  
 5.3010  
 6.3010  
 7.3010  
 8.3010  
 9.3010  
 10.3010  
 11.3010  
 12.3010  
 13.3010  
 14.3010  
 15.3010  
 16.3010  
 17.3010  
 18.3010  
 19.3010  
 20.3010  
 21.3010  
 22.3010  
 23.3010  
 24.3010  
 25.3010  
 26.3010  
 27.3010  
 28.3010  
 29.3010  
 30.3010  
 31.3010  
 32.3010  
 33.3010  
 34.3010  
 35.3010  
 36.3010  
 37.3010  
 38.3010  
 39.3010  
 40.3010  
 41.3010  
 42.3010  
 43.3010  
 44.3010  
 45.3010  
 46.3010  
 47.3010  
 48.3010  
 49.3010  
 50.3010  
 51.3010  
 52.3010  
 53.3010  
 54.3010  
 55.3010  
 56.3010  
 57.3010  
 58.3010  
 59.3010  
 60.3010  
 61.3010  
 62.3010  
 63.3010  
 64.3010  
 65.3010  
 66.3010  
 67.3010  
 68.3010  
 69.3010  
 70.3010  
 71.3010  
 72.3010  
 73.3010  
 74.3010  
 75.3010  
 76.3010  
 77.3010  
 78.3010  
 79.3010  
 80.3010  
 81.3010  
 82.3010  
 83.3010  
 84.3010  
 85.3010  
 86.3010  
 87.3010  
 88.3010  
 89.3010  
 90.3010  
 91.3010  
 92.3010  
 93.3010  
 94.3010  
 95.3010  
 96.3010  
 97.3010  
 98.3010  
 99.3010  
 100.3010



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
<p>Paciente acordou, lucidez aumentada, sem febre, oligúria, não náuseas, vômitos ou tosse. Sem desconforto, odo bucal de fezes. Freqüência normal.   <small>Enfermeiro 366569 GORENRR 917-058</small></p>		<p>Paciente em repouso no leito, acordou, não náuseas, vômitos ou tosse. Freqüência normal.   <small>Enfermeiro 366569 GORENRR 917-058</small></p>	
TARDE:		TARDE:	
DATA / HORA :		DATA / HORA :	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
NOTA:		NOTA:	
DATA / HORA :		DATA / HORA :	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
NOTA:		NOTA:	
DATA / HORA :		DATA / HORA :	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	



329



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				12h 28/06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS.				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				ob
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Adm
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				forado leito.
15	DEXTRO 6/6HS				38 28/06/19
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

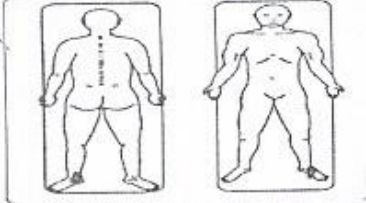
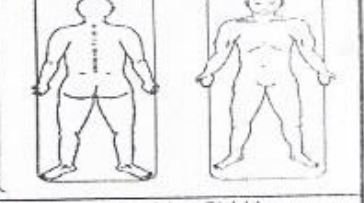
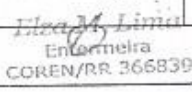
SINAIS VITAIS	P.A	F.C	FR	TAX	D	E	DXT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	
12 H	120x80	71	18	36,4	+	+	170mmHg
18 H	130x80	69	18	36,2	+	+	
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	

Dr. Pedro Di Giovanni  
 Ortopedia e Traumatologia  
 RORAIMA - 69200-000

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 329			

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 28.02.19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	01-03-2019 Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. do Enfermeiro	01-03-2019 02- 01- 02-		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Eliana M. Lima Enfermeira COREN/RR 366839			
OBS:		OBS:	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





ISSAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Luciano dos Santos HD \_\_\_\_\_  
 DATA: 28/02/13 SEXO: M ( ) F IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. LEITO 329 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

[illegible]



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: / / HORA:	MANHÃ:	DATA: / / HORA:
<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: / / HORA:	<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM: DATA: / / HORA:
<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: / / HORA:	<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM: DATA: / / HORA:
<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: / / HORA:	<p>Realizado atendimento, avaliação, orientada a família, explicando a importância da continuidade do tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento, orientando a família a seguir com o tratamento.</p>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM: DATA: / / HORA:



Dr. Pedro D. G. G. G.  
CRM-RR 6551 RDE 604

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO  
ALERCIAS: NEGA  
HAS: NEGA  
LEITO: 329  
DATA: 1/3/2019

PRESCRIÇÃO

DIETA ORAL PARA DM E HAS  
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO  
CEFEPRIME 1G EV 8/8H  
TILATIL 20MG EV 12/12H  
SUSPENSO

DIPYRONA 1G EV 6/6H SN  
PARACETOL 100MG + SF 0.9% EV 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENS  
PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)  
CMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM  
SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)  
SSV + CCGG 6/6 H  
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAID > 110 MMHG SN

CURATIVO DIÁRIO  
DEXTRO 6/6HS  
AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR  
(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250-200-251-300-400-  
301-350-600-351-400-800-1000-1000-1000-1000-1000-  
70 DI/MIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR  
PLANTONISTA

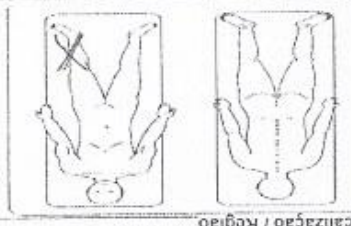
EVOLUÇÃO MÉDICA  
PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO B.M. À DIETA ORAL OFERECIDA.  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU  
DIARRÉIA, CUPNICO, LOTE, BFG.  
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

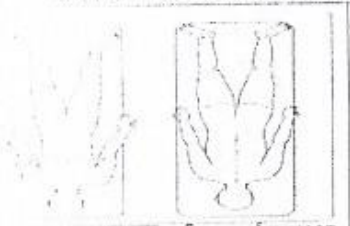
SINAIS VITAIS	CA FC	ER TAX	O/E	MI	DI	MI	DI	MI	DI
6 H	135/72	75	36	36	36	36	36	36	36
12 H	140/80	85	38	38	38	38	38	38	38
18 H	150/90	80	35	35	35	35	35	35	35
24 H	160/90	74	36	36	36	36	36	36	36



Nome: João Pedreira dos Santos

DATA: 03/03/19

Localização / Região: 

Localização / Região: 

GRAU - I ☐ GRAU - II ☒

Etiologia: ☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra

Comprimento:    cm Largura:    cm

Profundidade:    cm

Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esclero ☐ Tecido necrótico ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Quantidade de Exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

Tipo de exsudato: ☒ Sim ☐ Não ☐ a beira do leito ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ Sem odor ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras

Condição da pele: ☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros

Solução para limpeza: ☒ AGE ☐ Fibrinase ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros

Cobertura primária: ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros

Horário do curativo: Manhã 10:24 ☐ Tarde ☐ Manhã

Data da Próxima troca: 03/03/19

Em caso de + de 24hs: 02

Combo e ass.: 02

Tec. em Enfermagem: 02

Combo e Assinatura: 02

do Enfermeiro: 02

OBS: 02

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os pacientes com II ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.)

Protocolo nº 1

Versão: 06

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/EITO: 380

Data da Elaboração: Fevereiro 2013

Comissão de Curativo - IIC

Acompanhamento das Feridas



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Luciano de Souza HD 339 ALÉRGICO? 339  
DATA: 01/02/19 SEXO: M IDADE: 45 PESO: 70 KG. LEITO: 339

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA			
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: <u>01/02/19</u>						
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: <u>01/02/19</u>						
SONDA NASOENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: <u>01/02/19</u>						
DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? <u>01/02/19</u>						
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: <u>01/02/19</u> GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )						
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u>CONSCIENTE</u> ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO						
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA						
ACUIDADE VISUAL: <u>NORMAL</u> ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: <u>X</u> NORMAL ( ) DIMINUÍDA						
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <u>PERVÍAS</u> ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA						
OBS:						
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO						
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO						
FREQUÊNCIA: <u>16</u> EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO						
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: <u>1</u> AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO						
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBLOS						
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						
<u>16</u> HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA						
( ) CIANOTICA ( ) ACIANOTICA ( ) JACROCIANOTICA						
TEMPERATURA DA PELE: <u>36,4</u> NORMOTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA						
APARELHO CARDIOVASCULAR						
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )						
PULSAÇÃO PERIFÉRICA: <u>16</u> NORMAL ( ) DIMINUÍDA						
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME						
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE						
LOCAL DO PULSO: <u>16</u> FREQUÊNCIA:						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APETITE: <u>16</u> NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO						
R.H.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: <u>16</u> FLÁCCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) V.M.G PALPÁVEL						
ENTRIGAS: <u>16</u> AUSENTES ( ) PRESENTES						
APARELHO GENITAL: <u>16</u> NORMAL ( ) PRESENTES						

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
( ) INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<u>16</u> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> / <u>6</u> H
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANter MONITORIZAÇÃO
<u>16</u> ANSIEDADE	( ) MANter CABECEIRA ELEVADA
( ) MEDO	( ) ASPIRAR VAS / TQT
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
DESEQUILIBRADA	( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
<u>16</u> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	<u>16</u> MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	<u>16</u> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> / <u>1</u> H
( ) FADIGA	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	<u>16</u> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
<u>16</u> RISCO PARA QUEDAS	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) RISCO PARA LESÃO	( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	<u>16</u> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) DIARREIA	( ) MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u>1</u> / <u>1</u> HORAS
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR DEXTRO <u>1</u> / <u>1</u> HORAS
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	<u>16</u> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	<u>16</u> ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> / <u>1</u> H
( ) DOR	<u>16</u> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) HIPOTERMIA	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:
( ) HIPERTERMIA	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
<u>16</u> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	( ) OUTROS
( ) CONFORTO PREJUDICADO	
( ) DÉFICIT CARGUO DIMINUIÇÃO	
( ) OUTROS	



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Realizada avaliação clínica. Paciente em ambiente, normotensa. Cadeia, hidratada. Sem febre, tosse, dispnéia. Sem alterações. Ausculta com murmúrio de crepitações. Fisiologia preservada.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE:</p>	<p>Realizado giro de cama e higiene pessoal. Paciente em ambiente, sem alterações. Fisiologia preservada.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE:</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE:</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE:</p>

Lidia de Souza Santos  
Técnica de Enfermagem  
CURTA-RS 1251555 TE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM



SINAIS VITAIS				F			
6 H	115K 76	76	36.3	36.3	+		
12 H	120X80	80	36.3	20	+		
18 H	160X100	87	36.8	20	+		
24 H	170X70	71	36.5	7	+		

\* Tec Enfermagem  
 COREN - BR 001 151...  
 Eliane Costa da Silva

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

EUPNEICO, LOTE, BEG.

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.

EVOLUÇÃO MEDICA:

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOMELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
NEGA		NEGA		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
		329		2/3/2019	
ITEM					
PRESCRIÇÃO					
HORÁRIO					
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFEPIME 1G EV 8/H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
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				

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

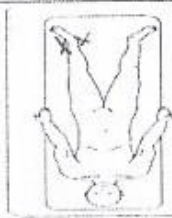
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA

CH



As partículas com  $H_2$  ou mais átomos, estas devem ser evoluídas separadamente.

Nome: _____		Data: _____		Localização / Região		Etiologia		Tamanho da ferida:		Aparência do leito:		Quantidade de exsudato		Tipo de exsudato:		Condição da pele		Solução para limpeza		Cobertura primária		Tipo de curativo:		Tempo de troca:		Cuidado e ass.		Assinatura e Assinatura		Data																																																																																															
GRAU - I		GRAU - II				Pressão I - II - III - IV Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> traumática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> rauma <input type="checkbox"/> outra: _____ Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm    Profundidade: _____ cm		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata		<input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1%	

	<p><b>Acompanhamento das Feridas</b>  <b>Comissão de Curativo - ICC</b></p>	<p>Protocolo nº 1      Versão: 06      Atualizada: Janeiro / 2015</p> <p><b>ENF/1.1/ITO: 329</b>      <b>3B</b></p>
		<p>Data da Elaboração: Fevereiro 2015</p>





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NO ME: JOÃO TEODORO DO AMARAL HO: 329

DATA: 02.03.19 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: \_\_\_\_\_ • ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____				
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: _____				
DRENOS? SIM ( ) NÃO ( )	QUAL? _____				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO					
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA					
OBS: _____					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO					
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO					
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBLOS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					
( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CÔRADA ( ) HIPOCÔRADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA					
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) JACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPOTERMICA ( ) HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA					
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRITMICO ( ) FILIFORME					
PULSO: ( ) FUDIMACARDICO ( ) TAQUICARDICO ( ) BRADICARDICO ( ) AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUSENTE ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO					
RUA: ( ) PRESENTES AROMA: ( ) AUSENTE ( ) DISTINGUÍVEL ( ) AUSENTE ( ) VARIÁVEL					

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
( ) INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANter MONITORIZAÇÃO
( ) ANSIEDADE	( ) MANter CABECEIRA ELEVADA _____
( ) MEDO	( ) ASPIRAR VAS /TQT _____
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
DESEQUILIBRADA	( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	( ) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
( ) FADIGA	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) RISCO PARA QUEDAS	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) DIARREIA	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) MANter JEIUM A PARTIR DAS _____ H
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) DOR	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
( ) HIPOTERMIA	( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) HIPERTERMIA	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM _____
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) REGULATÇÃO PREJUDICADA	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) INCONTINÊNCIA PREJUDICADA	( ) OUTROS _____

EVALUACÃO ENFERMEIRO		EVALUACÃO ENFERMEIRO	
NOME	DATA / HORA	NOME	DATA / HORA
<p>atualizado, item 03 administrado ao 18h, realizado correção da PA com pressão, item 12.</p>		<p>atualizado, item 03 administrado ao 18h, realizado correção da PA com pressão, item 12.</p>	
TARDE:	ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA	TARDE:	ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA</p>	
<p>NOITE:</p>			
<p>05:45 -&gt; paciente não apresenta alteração no quadro, medicação conforme prescrição</p>		<p>NOITE:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA</p>	
<p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA</p>	



ME DICO RE SIND NEI TEM  
CORRUPCIVIA  
IRRAVIAIOGIA

③ 01720, 0004 X7 02.05.2020


UNILICO, LOTI, BEG.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

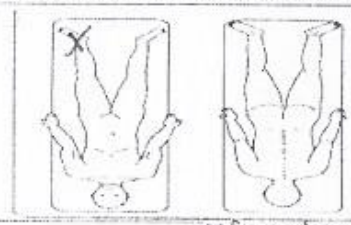
[illegible]

CH

683

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	
	Protocolo nº 1 Versão: 06 Data da 1ª Edição: Fevereiro 2015	ENF/L.EITO: Atualizado: Janeiro / 2015

Nome: João Frederico das Somas

DATA: GRAU - I GRAU - II		Localização / Região:
Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa arterial Diabética Cirúrgica Trauma Queimadura Infecção	Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Soro <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%	Cobertura primária: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: 01/10/2019	Carimbo e Assinatura: Carimbo e Assinatura: Carimbo e Assinatura:

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e (convite, Soluções, Programas).

OBS: Os pacientes com II ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Roberto Trindade HD \_\_\_\_\_  
DATA: 2.6.19 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: \_\_\_\_\_ ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO DE INFECÇÃO ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA ( ) ANSIEDADE ( ) MEDO ( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ ( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO ( ) Desequilíbrio ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO ( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS ( ) FADIGA ( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE ( ) RISCO PARA Quedas ( ) RISCO PARA LESÃO ( ) AUTOESTIMA PERTURBADA ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO ( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO ( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO ( ) DOR ( ) HIPOTERMIA ( ) HIPERTERMIA ( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO ( ) DESLIGIÇÃO PREJUDICADA ( ) CONFORTO PREJUDICADO ( ) NÍVEL DE CUIDADO DIMINUÍDO	( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS ( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS ( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H ( ) MANter MONITORIZAÇÃO ( ) MANter CABECEIRA ELEVADA ( ) ASPIRAR VAS /TOT ( ) VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS ( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS ( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA ( ) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS ( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H ( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES ( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS ( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM ( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL ( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA ( ) MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H ( ) REALIZAR DEXTRO _____ HORAS ( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO ( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO ( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H ( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO ( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ ( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO ( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA ( ) OUTROS
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA NASOENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
DRENOS?	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO					
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA					
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA					
OBS:					
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO					
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO					
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					
( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA					
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) JACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPOTERMICA ( ) HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA					
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME					
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO					
R.H.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLACIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TÊNDO ( ) AGUDO ( ) AMB PALPÁVEL					
EVACUAÇÕES: NORMAIS ( ) NORMAIS ( ) TROPAS ( ) RUÍDAS ( ) CONSTIPADA ( ) DIARREIA					
ANÁLISE DE FECA: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL					

[illegible]



OK 329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	335
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	5M
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	CLETHIME 1G EV 8/8H	12/20/19
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100mg + SF 0.5% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06
9	GIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	GSVV + CCGG 6/6 H	Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	SN
14	CURATIVO DIÁRIO	14
16	DI XITRO 8/8HS	16/24/19
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20/10/19
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME: 1 SOLU MA 200-250 2UL; 251-300 4UL; 301-350 6UL; 351-400 8UL; ≥ 400: 10 UL E OU GLICOSE < 70 mg/dL, GLICOSE: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACATANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARRÉIA.  
EUPNEICO, LITE, BCG.  
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RB

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E
08H	130x80	86	20	36.5C	+	+
12H	120x80	73	18	36.5C	+	+
18H	130x86	96	18	36.6C	+	+
24H	120x80	73	18		+	+

Dextro 08:00 = 50mg/dL  
reunir a glicose

Dextro 09:00 = 140mg/dL

Ma Ama  
Cien-RX 776

Dextro 24 H = 107

Dextro 08h -> 57mg/dL -> paciente reunir glicose, vai  
fazer alimentação, sem alteração

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLINICAS RIO


NOME: Sônia Maciel dos Santos HD \_\_\_\_\_  
 DATA: 04/03/15 SEXO: (M) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG: \_\_\_\_\_  
 LEITO: 325 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

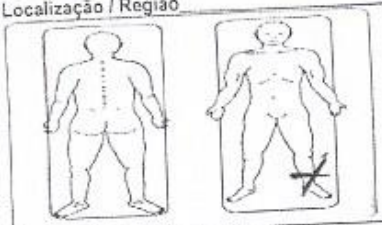
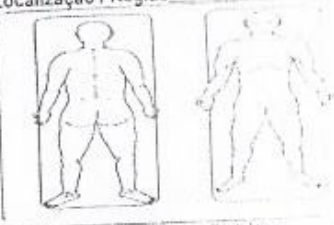

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL <u>456</u>	DATA <u>04/05</u>		
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____				
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL? _____ DATA: _____				
DRENOS? SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO					
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS ( ) OBTURADAS					
HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA					
OBS: _____					
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO					
DOES INSPIRATORIA: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEICO					
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILUS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATAÇÃO ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA					
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA ( ) HIPERTÉRMICA ( ) HIPOTÉRMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA					
PULSO PERIFÉRICO: ( ) FRÍVULO ( ) ARITMICO ( ) FORTORME					
PULSO: ( ) NORMAL/CÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO					
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUSENTE					
PÂNCREAS: ( ) PRESENTES ABOMEN: ( ) TENDIDO ( ) TENSO ( ) MOLE					
FECES: ( ) NORMAIS ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO ( ) SIBULO					
DIAGNÓSTICO					
( ) RISCO DE INFECÇÃO					
( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ					
( ) INCAPACIDADE DE MANter					
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA					
( ) ANSIEDADE					
( ) MEDO					
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ					
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO					
( ) DESEQUILIBRADA					
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA					
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ					
( ) TERAPÊUTICO					
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS					
( ) AÉREAS					
( ) FADIGA					
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE					
( ) RISCO PARA Quedas					
( ) RISCO PARA LESÃO					
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA					
( ) DIARREIA					
( ) CONSTIPAÇÃO					
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO					
( ) DEFICIT DO AUTO CUIDADO					
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL					
PREJUDICADA					
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO					
( ) COR					
( ) HIPOTERMIA					
( ) HIPERTERMIA					
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					
( ) PADRÃO DO SOND PREJUDICADO					
( ) DEGRADAÇÃO PREJUDICADA					
( ) CONFORTO PREJUDICADO					
( ) PERFIL CARDÍACO DIFERENCIAL					
PREJUDICADO					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
( ) MANter VIAS AÉREAS PERVIAS					
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS					
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6,6</u> H					
( ) MANter MONITORIZAÇÃO					
( ) MANter CABECEIRA ELEVADA _____					
( ) ASPIRAR VAS/ TQT _____					
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA					
( ) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS					
( ) OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA					
( ) MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS					
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H					
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR					
ELIMINAÇÕES:					
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS					
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA					
GAVAGEM					
( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL					
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA					
DIETA					
( ) MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H					
( ) REALIZAR DEXTRO _____ HORA					
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO					
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO					
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO					
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H					
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO					
( ) PREPARAR PARA EXAMES ENL					
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO					
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO					
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A					
ATIVIDADE FÍSICA,					
( ) OUTROS					

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_



800-678-2425 • FAX: 813-943-1111 • [ENTR@MANCO.COM](mailto:ENTR@MANCO.COM)

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - IIC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 329			

Nome: João Tendo das Santos			
DATA: 04/03/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm		Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Entema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:35 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		05/03/19	
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:		01-  Elza B. Lima Enfermeira COREN/RR 366839 02- OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



329

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						HC
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	5/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-00	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO	
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN	
6	TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN	
14	CURATIVO DIÁRIO				M	
15	DEXTRO 8/8HS				16-24-00	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20	
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					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1522/RR

SINAIS VITAIS	PA	PC	Q	Temp	
6 H	119x75	66	19	36.0°C	
12 H	138x80	77	19	36.9°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Dextro = 253mg/dl  
DXT = 253mg/dl

17% Dextro 253mg/dl corrigido 94 ui R.

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - IIC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b> 329		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>05/03/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Tamanho da Ferida:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:15</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>06/03/19</u> <u>Fausto</u>	01- 02-	01- 02-
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 02-	01- 02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 02-	01- 02-	01- 02-
OBS:		OBS:	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

Nome: João Roberto dos Santos HD 329 • ALÉRGICO?             
Data: 05/03/18 Sexo: M ( ) F IDADE            PESO            KG. LEITO 329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL <u>MS</u>	DATA <u>04/03</u>	
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: <u>          </u>			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: <u>          </u>			
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: <u>          </u>			
DRENOS? SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL? <u>          </u>			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- PLÁTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: <u>          </u> GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> REAGENTES ( ) NÃO REAGENTE <input checked="" type="checkbox"/> ISÓCORICAS ( ) MISÓCORICAS ( ) MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS				
HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA				
OBS: <u>          </u>				
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO				
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO <u>          </u>				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS <u>          </u>				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA <input checked="" type="checkbox"/> ROSADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA				
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> HIPOTÉRMICA ( ) HIPERTÉRMICA ( ) HIPOTÉRMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
PULSO PERIFÉRICO: <input checked="" type="checkbox"/> RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME				
PULSO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE				
FREQUÊNCIA: <u>74 bpm</u>				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
ABOMÉO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				
HEPÁTICO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				
PÂNCREAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				
BÍLIO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				
INTESTINO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				
ANAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DISTENDIDO ( ) ESTADONUTRICIONAL ( ) TUMIDO ( ) PRESENTES				

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>Paciente no leito 107E, supnário, em boil, engate, observando com auxílio de molinetas, com curativo oclusivo na mte. Tocado hoje, após uma dilata- ção realizada, sem queixas adicionais de incômodo físico, segue para seguir aos cuidados da equipe.</p> <p>ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO: DATA 05/10/2019 HORA 16:00</p>		<p>Paciente em quimioterapia, 253 corrigido comparam exames. 1909</p> <p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / / HORA</p>	
<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p>		<p>NOITE:</p> <p>DATA 05/10/2019 HORA</p>	
<p>ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO</p>		<p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM</p>	



dk 329.

HC



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

DATA DE ADMISSÃO			DI	DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	03/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				18/10/2019
4	FILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100mg + SE 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CIMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCCC 6/6 H				Rodina
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 L/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				14
13	DEXTRO 8/8HS				16/10/19
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACERTANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. EXAMES FISIOLÓGICOS PRESERVADOS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSSE OU DIARRÉIA. EUPNICO, LOTE, BCG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	DE
6 H	131x93	74	36.3°C	+
12 H	131x70	80	36.6	++
18 H	140x80	88	36.6	++
24 H	142x80	71	36.3°C	++

San  
 Priscila  
 Flávia  
 Sandra

Paulo Sérgio de Souza Lima  
 Médico de Emergência  
 CRM-RR 257.522 TE

16.43 Dextro 187 mg/dl

18:15 Dextro - 196 mg/dl

Paulo Sérgio de Souza Lima  
 Médico de Emergência  
 CRM-RR 257.522 TE

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Sergio de Souza HD 325 \* ALÉRGICO?                       
DATA: 06/08/19 SEXO: (M) ( ) F IDADE                      PESO                      KG. LEITO                     

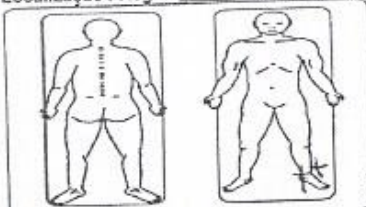
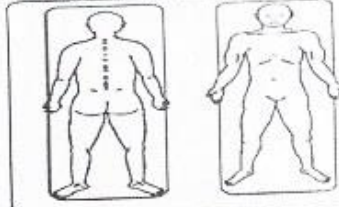
EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA	
DRENOS	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?	DATA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>                    </u> GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRÍATICA				
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS ( ) OBRSTRUÍDAS				
HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA				
OBS: <u>                    </u>				
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATORIA: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚTICO ( ) TAQUIPNEÚTICO ( ) BRADIPNEÚTICO ( ) DISPNEÚTICO				
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTES ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS				
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:				
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICA				
( ) CIANÓTICA ( ) ACANOTICA ( ) JACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMA ( ) HIPERTERMA ( ) HIPOTERMA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME				
PULSO: ( ) NORMOCARDÍACO ( ) TAQUICARDÍACO ( ) BRADICARDÍACO ( ) AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: <u>                    </u> FREQUÊNCIA: <u>                    </u>				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO				
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DEGRADADO				
RÍMUS: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLACIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VINGO-PALPÁVEL				
ELENCO DE SINTOMAS E SINAIS: <u>                    </u>				

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6,6</u> h
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) ANSIEDADE	( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA
( ) MEDO	( ) ASPRAR VIAS /TOT
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
DESEQUILIBRADA	( ) OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFERICA
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>                    </u> h
TERAPÊUTICO	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
( ) DESESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) FADIGA	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) RISCO PARA Quedas	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) RISCO PARA LESÃO	( ) MANTER JEJUNIA A PARTIR DAS <u>                    </u> h
( ) AUTODESTIMA PERTURBADA	( ) REALIZAR DEXTRO <u>                    </u> HORAS
( ) DIARREIA	( ) ENCAMINHAR AO BAIHO DE ASPERSÃO
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>                    </u> h
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM
( ) DOR	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) HIPOTERMIA	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) HIPERTERMIA	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) OUTROS <u>                    </u>
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	
( ) DEGRADADO PREJUDICADO	
( ) CONFORTO PREJUDICADO	
( ) DEBILIDADE PREJUDICADA	
( ) OUTROS	

Elu M. Enfermeiro COREN-RR



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>Realizado curativo umbilical, vaginal, eunucio Caudal, hidratação, nega dor náuseas e vômitos, ocasionando bem auto higiene fisiológicas mentais</p> <p>Enfermeiro CORENRP 3662</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Realizado soro + medicação Ceporina sem queixa de e intransigente.</p> <p>Enfermeiro CORENRP 3662</p>	<p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Realizado curativo não apresenta queixa, medicação ceporina queixa, feito soro e hidratação</p> <p>Enfermeiro CORENRP 3662</p>	<p>Realizado curativo não apresenta queixa, medicação ceporina queixa, feito soro e hidratação</p> <p>Enfermeiro CORENRP 3662</p>

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>	
DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Localização / Região 
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>08:29</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>Valdineia</u> 02-	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
OBS:	OBS:

1/1



329

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						HC
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	7/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					3AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h					14/06/2019
4	TILATIL 20MG EV 12/12h					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU 01 CP VO DE 8/8h SI DOR INTEN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					14
15	DEXTRO 6/6HS					18/06/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					06
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					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, B.E.G. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

12	211 mg/dl	0205
18	342 mg/dl	
24		
06		

dieta: 08h. 82 mg/dl.	D	E
SINAIS VITAIS		
6 H 130/90 73 36.1	+	-
12 H 120/80 87 36.8	+	0
18 H 130/90 72 36.6	+	0
24 H 140/70 68 36.5		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
CRM 100.000.000-0

0205: 216 mg/dl - Alexsandro Rodrigues

Nome: João Teodoro		Localização / Região	
DATA: 02/03/19		DATA:	
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
História:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Diabetes	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Olor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (colar direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	08/03/2019 Valda Cardoso da Silva Aux. de Enfermagem COREN-RR 603547	01-	02-
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Elza Lima Enfermeira COREN/RR 306839		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
		OBS.	

CMIA: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.

Chamadas com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





## SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SEBASTIÃO DOS SANTOS HD \_\_\_\_\_  
DATA: 07/04/13 SEXO: M ( ) F IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. LEITO 329 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_  
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL	DATA 03/04	
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DATA: _____			
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO <input type="checkbox"/> QUAL? _____ DATA: _____				
DRENOS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO				
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA				
OBS: _____				
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATORIA: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚTICO ( ) BRADIPNEÚTICO ( ) DISPNEÚTICO				
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO _____				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS _____				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA				
( ) CANOTICA ( ) ACANOTICA ( ) JACROCIANOTICA				
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA				
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME				
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) RUIM ( ) NENHUM				
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) MAL NUTRIDO				
DIAGNÓSTICO				
( ) RISCO DE INFECÇÃO				
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				
( ) INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA				
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA				
( ) ANSIEDADE				
( ) MEDO				
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ				
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO				
DESEQUILIBRADA				
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA				
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ				
TERAPÊUTICO				
( ) DESESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS				
( ) FADIGA				
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE				
( ) RISCO PARA QUEDAS				
( ) RISCO PARA LESÃO				
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA				
( ) DIARREIA				
( ) CONSTIPAÇÃO				
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO				
( ) DEFICIT DO AUTO CUIDADO				
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL				
PREJUDICADA				
( ) RISCO PARA BROTOCO ASPIRAÇÃO				
( ) DOR				
( ) HIPOTERMIA				
( ) HIPERTERMIA				
( ) INEQUILIBRADA DA PELE PREJUDICADA				
( ) PATIÇÃO DO SINO PREJUDICADO				
( ) INEQUILIBRADA PASIVIDADE				
( ) INEQUILIBRADA EQUILIBRADA				
( ) INEQUILIBRADA EQUILIBRADA				
( ) MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS				
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS				
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H				
( ) MANUTER MONITORIZAÇÃO				
( ) MANUTER CABECEIRA ELEVADA _____				
( ) ASPIRAR VAS /TOT _____				
( ) VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS				
( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS				
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA				
( ) MANUTER ACESSOS VETROSO PÉRVIOS				
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H				
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:				
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS				
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM				
( ) VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL				
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA				
( ) MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS _____ H				
( ) REALIZAR DEXTRO _____ HORAS				
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO				
( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO				
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO				
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H				
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO				
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____				
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO				
( ) ESTIMULAR DEAMBULACAO				
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTERFERENCIA A ATIVIDADE FÍSICA				
( ) CUIDADOS				

MANHÃ		TARDE	
EVALUAÇÃO DO ENFERMEIRO		EVALUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
02/03/2020	08:00	02/03/2020	13:00
<p>Pariente está em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>		<p>Pariente está em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>	
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>	
<p>DATA / HORA</p>		<p>DATA / HORA</p>	
<p>NOTA:</p>		<p>NOTA:</p>	
<p>Pariente em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>		<p>Pariente em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>	
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>	
<p>DATA / HORA</p>		<p>DATA / HORA</p>	
<p>NOTA:</p>		<p>NOTA:</p>	
<p>Pariente em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>		<p>Pariente em observação de enfermagem. Com o auxílio da enfermeira, foram realizados os cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos. Sem alterações de estado geral.</p>	
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>	
<p>DATA / HORA</p>		<p>DATA / HORA</p>	
<p>NOTA:</p>		<p>NOTA:</p>	





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Sergio de Souza HD 329 ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

DATA: 08/02/19 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: 329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATER Central	SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DATA		
CATER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DATA		
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( ) DATA		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( ) DATA		
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO ( ) DATA		
DRENOS	SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? DATA		
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )			
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO			
PULSAÇÃO: ( ) REGENTE ( ) NÃO REGENTE ( ) ISOCÓNICAS ( ) ANISOCÓNICAS ( ) MUDRÁTICA			
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA			
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS			
HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA			
OBS: _____			
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO			
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO			
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) SECOS ( ) EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS			
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:			
( ) HÍDRATAÇÃO ( ) ÚMIDA ( ) DESHÍDRATAÇÃO ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA			
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) YACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMIKA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA			
APARELHO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRRREGULAR ( )			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA			
PULSO PERIFÉRICO: ( ) REGULAR ( ) ARRITMICO ( ) FLUORVE			
PULSO: ( ) NORMAL ( ) TAQUICARDICO ( ) BRADICARDICO ( ) AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: _____			
ADRELIHO GASTROINTESTINAL			
APETITE: ( ) NORMAL ( ) TAQUICARDICO ( ) AUSENTE			
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) EUTRÓFICO ( ) DESNUTRIDO			
ABDOMEN: ( ) FLAC ( ) TENDIDO ( ) TENSÃO			
DIAGNÓSTICO			
( ) RISCO DE INFECCÃO			
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA			
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA			
( ) ANSIEDADE			
( ) MEDO			
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ			
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO			
DESEQUILIBRADA			
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA			
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ			
TERAPÊUTICO			
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS			
( ) FADIGA			
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE			
( ) RISCO PARA QÜEDAS			
( ) RISCO PARA LESÃO			
( ) AUTOSTÍMIA PERTURBADA			
( ) DIARREIA			
( ) CONSTIPAÇÃO			
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO			
( ) DEFICIT DO AUTO CUIDADO			
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL			
PREJUDICADA			
( ) RISCO PARA RRUÇO ASPIRAÇÃO			
( ) DOR			
( ) HIPOTERMIA			
( ) HIPERTERMIA			
( ) INTENSIDADE DE EFECUICADA			
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO			
( ) DEGRADAÇÃO DE ALTA			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS			
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS			
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____			
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO			
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA _____			
( ) ASPIRAR VAS /TÓI _____			
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA			
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS			
( ) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS			
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA			
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS			
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____			
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR			
ELIMINAÇÕES:			
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS			
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM			
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL			
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA			
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ HORAS			
( ) REALIZAR DEXTRO _____ HORAS			
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO			
( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO			
( ) REALIZAR BANHO NO LETO			
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO			
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:			
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO			
( ) TESTIGULAR DEAMBULAÇÃO			
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOL. EF.			
ATIVIDADE FÍSICA			
( ) ORIENTAR			

[illegible]



329



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO	DATA	28/2/2019
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	DLXTRO 6/6HS		
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
20	(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:

- PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
- FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
- AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

DATA	PA	FC	FR	TAX	D	E	DT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	
12 H	110x80	71	18	36,2	+	+	
18 H	130x80	69	18	36,2	+	+	
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Doença aguda, febre, curando sem febre, oligúria na maioria das vezes ou febre, sem urticaria, odo de boca fétida, urticária, nome do paciente</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente em repouso no leito, febre, urticária, odo de boca fétida, urticária, nome do paciente</p>	<p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>14:30 Realizado a troca A.V.P com G.22 18:00 Paciente febre de 40,0</p>	<p>14:30 Realizado a troca A.V.P com G.22 18:00 Paciente febre de 40,0</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Realizado exame físico paciente em repouso, sem febre, urticária, odo de boca fétida, urticária, nome do paciente</p>	<p>Realizado exame físico paciente em repouso, sem febre, urticária, odo de boca fétida, urticária, nome do paciente</p>






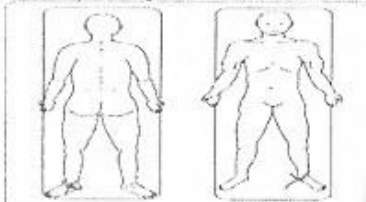
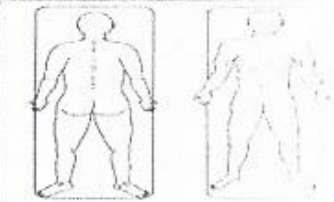
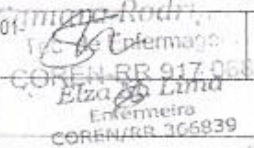
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM -- HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Paulo Sergio de Souza ID: 329  
DATA: 24/02/2019 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 329 • ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO (X)	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO (X)	DATA: <u>23/02</u>			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (X)	DATA: <u>23/02</u>			
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO (X) DATA: <u>23/02</u>				
DRENOS? SIM ( ) NÃO (X) QUAL? <u>NÃO</u> DATA: <u>23/02</u>				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7-AMPUTAÇÃO				
ULCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO (X) LOCAL: <u>GRAU I</u> GRAU II ( ) GRAU III ( )				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓNICAS ( ) ANISOCÓNICAS ( ) MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS ( ) OBTURADAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA				
OBS: <u>NÃO</u>				
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM (X) NÃO				
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEICO				
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: (X) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
(X) HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA				
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL ( ) DIMINUÍDA				
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME				
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: <u>FREQUÊNCIA:</u>				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: (X) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO				
R.U.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TÊNDO ( ) AGUDO ( ) VMG PALPÁVEL				
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: ( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA				
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:				
(X) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) SVD ( ) LIMPIDA ( ) CONCENTRADA				
DIAGNÓSTICO				
( ) RISCO DE INFECÇÃO				
( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ				
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA				
( ) TOCA GASOSA PREJUDICADA				
(X) ANSIEDADE				
( ) MEDO				
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ				
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO				
DESEQUILIBRADA				
(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA				
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO				
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS				
( ) FADIGA				
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE				
(X) RISCO PARA QUEDAS				
( ) RISCO PARA LESÃO				
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA				
( ) DIARREIA				
( ) CONSTIPAÇÃO				
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO				
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO				
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA				
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO				
( ) DOR				
( ) HIPOTERMIA				
( ) HIPERTERMIA				
(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO				
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA				
( ) CONFORTO PREJUDICADO				
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO				
( ) OUTROS:				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				
( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS				
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS				
(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>16</u> H				
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO				
( ) MANTER CABECERA ELEVADA				
( ) ASPIRAR VAS /TOT				
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA				
(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS				
( ) OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA				
(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS				
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>16</u> H				
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.				
(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS				
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM				
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL				
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA				
( ) MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u>16</u> H				
(X) REALIZAR DEXTRO <u>16</u> HORAS				
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO				
(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO				
( ) REALIZAR BANHO NO LETO				
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>16</u> H				
(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO				
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:				
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO				
( ) ESTIMULAR DEAMBULÇÃO				
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.				
( ) OUTROS				

Elaborado por: Coren 36839  
Assinado digitalmente por: Elizab. M. L. Lima

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

NOME: João Tiago dos Santos			
DATA:  GRAU - I  GRAU - II	Localização / Região 	DATA:  GRAU - I  GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:		
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacolo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacolo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		
Cobertura primária (em contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	28.02.19		
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01-  02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Elza Lima Enfermeira COREN/RB 306939		
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs, Os parâmetros com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



VOL 116 AN MEDICA.

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-RR 1051 ROE 624

DATAIS VITAIS	P.A.	F.C.	ER	TAX	D	E	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM
6 H	120/80	75		365	+	+	MI	ORTOPEDIA E
12 H	140/90	85	18	360	+	+	144 mg/dl	TRAUMATOLOGIA.
18 H	150/90	80		3620	+	-	192 mg/dl	
24 H	120/90	74	17	3630	+	-	166 mg/dl	(Pacheco)

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ:	TARDE:
<p>DATA: 18/10/2019</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA: 18/10/2019</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>
<p>MANHÃ:</p> <p>Recebi o paciente em estado de consciência alterada, com sinais vitais dentro da normalidade. Foi realizado o exame físico e não foram observadas alterações. O paciente está sendo acompanhado de perto.</p> <p>COLETA DE 300035</p>	<p>MANHÃ:</p> <p>Recebi o paciente em estado de consciência alterada, com sinais vitais dentro da normalidade. Foi realizado o exame físico e não foram observadas alterações. O paciente está sendo acompanhado de perto.</p> <p>COLETA DE 300035</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</p>






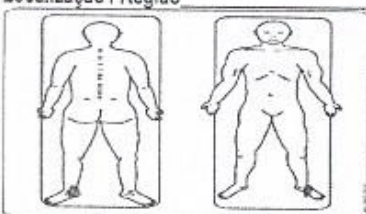
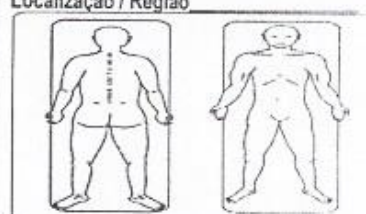
## SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOAO PEDRO DOS SANTOS HD \_\_\_\_\_  
DATA: 28/02/15 SEXO: (X) M ( ) F IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. LEITO 375  
• ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

[illegible]

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>		Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
			Atualizada: Janeiro / 2015		
			ENF/LEITO: 329		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>					
DATA: <u>25.02.19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Condição da pele Perifoneal: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		Condição da pele Perifoneal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira	01- <u>Andréa Gomes Gonzaga</u> Téc. em Enfermagem 02- <u>Elisa M. Lima</u> Enfermeira COREN/RR 366839		01- _____	02- _____	
OBS:			OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC**

**HC**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	2/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				DN.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				DN.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				DN.
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				DN.
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				DN.
14	CURATIVO DIARIO				14:00
15	DEXTRO 8/8HS ACABOU A FITA				08
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20.
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				


**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

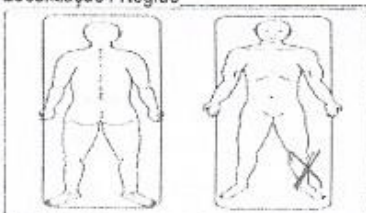
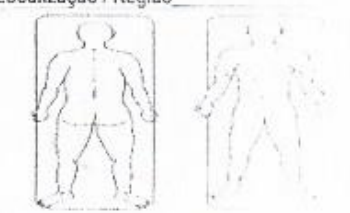
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

**Dr. Elder Soares**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	P	T	R	D	E
6 H	115x76	76	36.3°	36°	+
12 H	120x80	80	36.3°	20	+
18 H	160x100	87	36.8°	20	+
24 H	140x90	71	36.5°	+	+

**Thiane Costa da Silva**  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 031 101

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b> 329		

Nome: <u>João Leônidas dos Santos</u>			
DATA: <u>03/03/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>óleo de girassol</u>	Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>10:24</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>03/03/19</u>	Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Elzete</u> <u>Carla Regina de</u> <u>Elzete Lima</u> Enfermeira COREMUJ 266830	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		01-	
OBS:			

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Luciano dos Santos HD 335  
DATA: 01/03/19 SEXO: M ( ) F IDADE 33 ANOS PESO 70 KG. LETO 335 • ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS				
CATER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA	
CATER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: <u>01/03/19</u>			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: <u>01/03/19</u>			
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA: <u>01/03/19</u>			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	QUAL?			
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO				
LICERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>_____</u> GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )				
CABEÇA FISCOSCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO				
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS ( ) OBTURADAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA				
OBS: <u>_____</u>				
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO				
MÚLTIPLAS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RÍDICOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBLOS				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESHÍDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALÍDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA				
( ) CÂNOTICA ( ) ACANOTICA ( ) JACOCANOTICA				
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA				
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FLUÍFORME				
PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: <u>_____</u> FREQUÊNCIA: <u>_____</u>				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) BALIZADO ( ) DESBALIZADO				
R.H.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLETO ( ) DISTENDIDO ( ) TENO ( ) MOLE ( ) VMS PALPÁVEL				
ELIMINAÇÃO: NÚMERO DE ESTRÍCLOS: ( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO ( ) INTELIGENTE				
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) BALIZADO ( ) DESBALIZADO				
R.H.A.: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLETO ( ) DISTENDIDO ( ) TENO ( ) MOLE ( ) VMS PALPÁVEL				
ELIMINAÇÃO: NÚMERO DE ESTRÍCLOS: ( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO ( ) INTELIGENTE				

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) MANEJAR SINAIS VITAIS DE <u>6.6</u> H
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANEJAR MONITORIZAÇÃO
( ) ANSIEDADE	( ) MANEJAR CABECERA ELEVADA
( ) MEDO	( ) ASPIRAR VIAS /TQT
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
( ) Desequilíbrio	( ) ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	( ) MANEJAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>_____</u> H
( ) FADIGA	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) DIARREIA	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) MANEJAR JEJUM A PARTIR DAS: <u>_____</u> H
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR DEXTRO <u>_____</u> HORAS
( ) DEFICIT DO AUTO CUIDADO	( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>_____</u> H
( ) DOR	( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) HIPOTERMIA	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: <u>_____</u>
( ) HIPERTERMIA	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	( ) OUTROS: <u>_____</u>
( ) CONFORTO PREJUDICADO	
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	
( ) OUTROS:	

ASSOCIATION OF THE

423 F. GABRIELI, J. C. HUFFSTADT AND S. N.



329

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	HC	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	5/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06+
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				16-24-00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20+
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				

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA


Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1622/RB

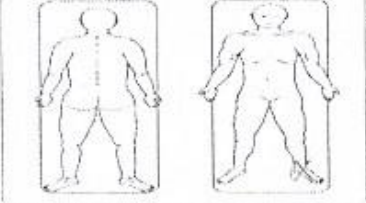
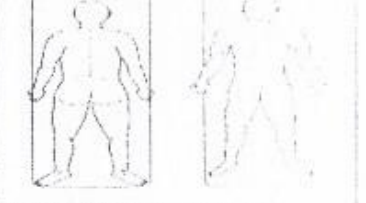
SINAIS VITAIS	PA	RC	Q	Temp	
6 H	114/75	66	19	36°C	
12 H	134/80	77	19	36.9°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Dextro = 253mg/ol

DXT = 083mg/ol

17/10/2019 Dextro 253mg/ol corrigido 4/4 UI R.

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b> 329		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>05/03/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Condição da pele perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:15</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>06/03/19</u>	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>[Assinatura]</u> 02-	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01-    02-	
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Frederico dos Santos HD \_\_\_\_\_  
DATA: 05/03/19 SEXO: (M) ( ) F IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. LEITO 329 • ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
<b>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</b>						<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INECÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS	
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H	
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:			<input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:			<input type="checkbox"/> ANSIEDADE		<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA	
SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____						<input type="checkbox"/> MEDO		<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /T/	
DRENOS? SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL?						<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO		<input type="checkbox"/> ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: <u>braço M56</u> GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III						<input type="checkbox"/> Desequilíbrio		<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA	
CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE ( ) <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO						<input type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMADURA		<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>  </u> / <u>  </u> H	
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE <input checked="" type="checkbox"/> MIOCLÔNICAS ( ) AMIOCLÔNICAS ( ) MIDRIÁTICA						<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO		<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA						<input type="checkbox"/> DIARREIA		<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS						<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO		<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL ( ) PRECÁRIA						<input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO		<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL	
OBS:						<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		<input checked="" type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR AÇÃO DA DIETA	
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						<input type="checkbox"/> RISCO PARA PROCNCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> MANTER JEJUNA PARTIR DAS <u>  </u> H	
EXPANSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO						<input type="checkbox"/> DOR		<input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO						<input type="checkbox"/> HPOTEPNEIA		<input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES, FIM:	
MÚRMURIS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO						<input type="checkbox"/> H. PNEUMONIA		<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONCEPTO	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILUS						<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMADURA		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR INTENSIDADE DA	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:						<input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> OBSERVAR	
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATAÇÃO ( ) ÚMIDA ( ) DESHIDRATADA <input checked="" type="checkbox"/> ROSADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICA						<input type="checkbox"/> PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>  </u> / <u>  </u> H	
( ) CIANÓTICA ( ) ACANOTICA ( ) MACROCANOTICA						<input type="checkbox"/> RISCO PARA PROCNCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA						<input type="checkbox"/> DOR		<input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES, FIM:	
APARELHO CARDIOVASCULAR						<input type="checkbox"/> HPOTEPNEIA		<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONCEPTO	
RITMO CARDÍACO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ( ) IRREGULAR ( )						<input type="checkbox"/> H. PNEUMONIA		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR INTENSIDADE DA	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL ( ) DIMINUIDA						<input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> OBSERVAR	
PULSO PERIFÉRICO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ( ) TAQUICARDIA ( ) BRADICARDIA ( ) AUSENTE						<input type="checkbox"/> PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>  </u> / <u>  </u> H	
LOCAIS DO PULSO: <u>radial</u>						<input type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMADURA		<input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
APARELHO GASTROINTESTINAL						<input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>  </u> / <u>  </u> H	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>Paralela no leito, LOTE, repouso, após lunch, repouso, com cuidados de mobilização, com curativo no MT, Tuscado hoje, acita bem a espumada, sem queixas algemas, di- minuição fidedignos perante a aos cuidados da equipe.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>Paralela em posição de 253 sentindo respiração regular.</p> <p>Realizado SSVL + medicação C.R.M. + Injeção de Analg. P. + D.T. Segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	