



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: Pinklandia no município Boa Vista /RR, telefone: 957991575040, E-mail: PAULOSOZAVCM@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 judicium 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 3178

Dra. Paula Rafaela Pádua de Souza
OAB/RR 3408

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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 BOA VISTA
- 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 06/18/19 AS 7-hs
C/ DRª Regina

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JEAN TEODORO DOS SANTOS

CC. VEICULO/OUT. EMISSOR 140893 BRZ RJ

CPF 187.582.291-00 DATA DE EMISSÃO 13/06/1998

PLAÇA

MARIA TEODORO DOS SANTOS

SEXO M AC 15 ANOS

RENDA 1229342217 VIGÊNCIA 06/01/2018 EXPIRAÇÃO 12/05/2008

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 860254881

PROIBIDA PLASTIFICAR 860254881

JEAN TEODORO DOS SANTOS

CC. VEICULO/OUT. EMISSOR 15701/2018

RENDA 64430474348 88207359563

DETRAN - RJ (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

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 predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta 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 manuseio 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

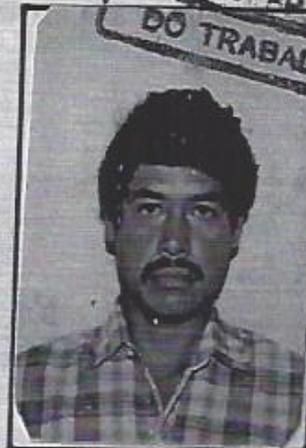
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



026138

Número

Série 0001-RR



João Teodoro dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

Scanned by CamScanner

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador:

CGCMF:

Rua: Nº:

Município: Est.:

Esp. do estabelecimento:

Cargo:

CBO nº:

Data admissão: de 19.....

Registro nº: Fis./Ficha:

Remuneração especificada:

Ass. do empregador ou a rogo c/estl.:

1º 2º

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: MR. VILLO ROY, R.º 6086 SMO. PEDRO

Rua CEP: 09.300-605 - BOA VISTA - RR

Município: INC. ESTADUAL 24.032025-6 Est. 1

Esp. do estabelecimento:

Cargo: *Serviço Geral*

CBO nº:

Data admissão: 18 de *Dezembro* de 19*2017*

Registro nº: Fis./Ficha:

Remuneração especificada: *986,00*

Ass. do empregador ou a rogo c/estl.: *Wagner S. Silva*

Ass. do empregador ou a rogo c/estl.: *Wagner Santos*

1º 2º

Data saída: 17 de *Março* de 19*2018*

Ass. do empregador ou a rogo c/estl.: *Wagner Santos*

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013161156225

VIA 01 COD. RENAVAM 00902383167 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

JOAO TEODORO DOS SANTOS
RR

187.682.291-00 PLACA NASE470

PLACA ANTIGA CHASSI PL2JA04207R023396

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/VAO PRETO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES MARCA/MODELO ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

2R/012400/ CAP./POT./CIL. CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

I *ISENTO* VENC. COTA ÚNICA ***** VENC. COTAS 1*****
P FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/ COTAS 2*****
V ISENTO (+ DE 10 ANOS) 3*****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 181.29 I.C.F. (R\$) 19.03 PRÊMIO TOTAL (R\$) 190.32 DATA DE PAGAMENTO 09/10/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SEIR ENAZ
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ADA VISTA RR ANTONIO FIGUEIRA LOPES
DETRAN Nº 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 187.682.291-00 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

00902383167 PLACA NASE470

HONDA/BIZ 125 ES MARCA/MODELO

2006 PL2JA04207R023396

PRÊMIO TARIFÁRIO
INS (R\$) 181.29 DENATRAM (R\$) 19.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 190.32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 14.15 I.C.F. (R\$) 40.7 TOTAL DO PROCESSO DESEMPENHO (R\$) 180.5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE DILATAÇÃO 09/10/2018

SEGURODORA 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 Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR



Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO
0034685-3

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ené Gercez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.087.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1
 Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 002911684

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSFE 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 RDT: 8.001.16.14.087600

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESID. BA. RENDA	BI	131.000.75004 H	1400097	1.4.1.1	388

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86
ABR/19 497		70 A R\$ 0,449385 =	31,45
MAR/19 448		120 A R\$ 0,674084 =	80,89
FEV/19 404		227 A R\$ 0,748975 =	170,01
JAN/19 414	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-	51,56
DEZ/18 347	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		26,10
NOV/18 414			
OUT/18 396			
SET/18 302			
AGO/18 352			
JUL/18 339			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 H 00 - 0,000000			
31 H 100 - 0,317500			
101 H 200 - 0,554130			
221 H 447 - 0,621650			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
 O valor devido referente a conta de energia elétrica de maio de 2019 (valor 1.000,00) foi abatido em 20/05/2019. Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos faturas 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									
	Tel			Fix			Cabo		
	Ativos	Inativos	Falha	Ativos	Inativos	Falha	Ativos	Inativos	Falha
Cabo	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82		
Fiação	3,13			6,00			0,84		

DISTRITO 03/2019 146,98

ROT: 8.001.16.14.087600

SEU CÓDIGO 0034685-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 316,31
MÊS FATURADO 05/2019	VENCIMENTO 21/06/2019

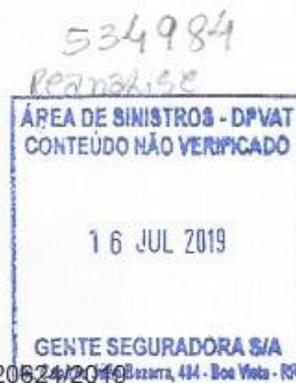
Nº da Nota Fiscal: 002911684 FCAH

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 TRFIC: 0000010001 1401

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 16 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazzara, 434 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazzara, 434 - Boa Vista - RR



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) Bairro: Senador Hélio
Logradouro: Rua: N-11
Complemento: cruzamento com S-17
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 Nº: 1338
Logradouro: Rua Rosas de Oliveira
Bairro: Pintolandia

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.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 11/07/2019 10:21
Protocolo nº: Não disponível



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."



IMA JOAO TEODORO DOS SANTOS
BERTURA Invalidez
NTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PE
DENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
NEFIICIÁRIO 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

SISTEMA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS DO AMÉRICA LATINA



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



UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Nilton / Eliana FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: JOÃO TEODORO DOS SANTOS Idade: 60 Sexo: M F
 Nacionalidade: _____ Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia
 Endereço: LAURA PINTO MAIA N/11 - S-17
 Ponto de referência: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

OCCORRÊNCIA

Nº da Ocorrência: 836 DATA: 15/07/2019 AÇÃO: 11:36
 Médico (a) Regulador (a): ELADIO HORA CHEGADA NO LOCAL (H/M): 11:52

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR APOIO OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vitima projetada <input type="checkbox"/> Vitima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>MOTO</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	OUTROS Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros
---	--	--	--

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aereas <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia	Ventilação <input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	Circulação <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	Aval. Neuroológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Mose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> Alcoolizado
--	---	---	---

SINAIS VITAIS E ESCORES

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

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitimologia)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	Cabeça <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável	Abdome <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações			<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>Fêmur do ESQ.</u> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão

AVALIAÇÃO CARDÍACA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia
--	--

AFEÇÃO CLÍNICA

<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica
--	--

HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	Medicações em uso
--	-------------------

GRAVIDADE COMPROVADA

ILESO PEQUENA MÉDIA ÓBITO INDETERMINADA

INCIDENTE

Cancelamento
 Não se encontrava no local
 Trote

Recusa de Atendimento
 Recusa de hospitalização
 Bombeiro no local

Polícia Militar
 SMTRAN
 PRF

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Guarda Municipal
 Bombeiro
 DETRAN

RCP

Iniciada as: _____
 Termina as: _____

RCP com sucesso RCP Não realizado

RCP sem sucesso

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. Lotte 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

Marcia
Márcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de
Regulação de Urgências Médicas SAMU 192
Portaria 637/2019

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

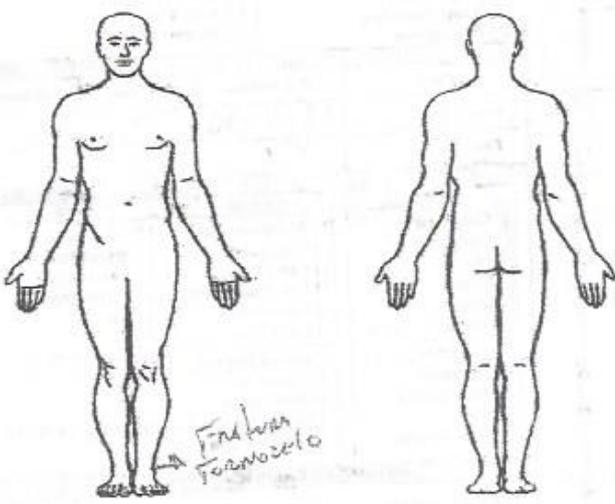
 16 JUL 2019

 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazara, 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: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

1.	Aberçurn 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 (flocorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	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			



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

 29 JUL 2019

 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazara, 434 - Boa Vista - RJ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com dano na motocicleta L.U.T.E Referindo dor localizada em M.I.E "FRATURA em torozete" Realizada mobilização do Membro. Aferido seu Realizado Redifusão com uso de Cº CERVICAL e Tábua Rígida encaminhado ao Médico Reabilitador e Encaminhado ao Grupo Terapêutico

Marcia Veras Lope
 Enfermeira - COREN RJ 47683
 Coord. de Enfermagem do Central de
 Regulagem de Urg. 225 248035 - SAMU 192
 Portaria 637/2015

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.:

16-03-19

1901059735	15/01/2019 12:18:51	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	12
Paciente JOÃO TEODORO DOS SANTOS		Data Nascimento 15/06/1958	Idade 60 A 7 M 0 D	CNS 707004861860433	CPF 18768229100	Prontuário 00160390
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 140653	Órgão Emissor SSP-RR	Data Emissão 21/06/1993	Sexo M	Estado Civil NAO	Raça/Cor PARDA
Mãe MARIA TEODORO DOS SANTOS		Informado NAO TEM		Naturalidade SAO LUIS - MA	Nacionalidade BRASILEIRA	Contato (95) 99157-5040
Endereço RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR				Ocupação NAO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: DANIEL.VIANA		
Queixa Principal <i>Acidente de moto</i>				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Anamnese de Enfermagem <i>alergia</i>				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
<i>paciente vítima de colisão moto moto, trazido pelo socorro, refere uso de cabaleta, mega perda da consciência e vômito</i>						
Exame Físico <i>BEG LOTE, supleno, alaratório, normotensão, vias aéreas permeáveis, gurgleum 15, refere dor em MMII (E)</i>						
Hipótese Diagnóstica <i>Alta</i>						
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 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO <i>1 Difensina 20g) EV 2 Tilatil 40mg) EV</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO 29 JUL 2019	
Elen M. A. Ribeiro Técnica em Enfermagem COREN-RR-629817 - TEC <i>Elen</i>				GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bazerra, 404 - Boa Vista - RR		
3) Paciente irritado e não cooperativo; seu procedimento de limpeza e curativo, realizou do GT						
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:						
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: 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 Bazerra, 404 - Boa Vista - RR		
				1901059735		

*Reduza de 1/3
intensão p/
cura*

Dr. Dalsan Meilosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1175

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

NIR

Transf. HC 13.02.19

1851

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: **H. C. S. S. S. S.**

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **H. C. S. S. S. S.**

4 - CNES:

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RECELIANTE: **Unipar**

6 - N° DO PRONEUARI: **160390**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **707004861860433**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **15/06/58**

9 - SEXO: **M.**

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: *Prontidão e de exames de controle de laboratório de exames de sangue e urina. Alteração de estado mental.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Internação*

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: *História de transtorno de ansiedade generalizada + psicose*

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 9 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: **Dr. Wilson**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **15/10/19**

32 - ASSINATURA E CARRERA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): *[Assinatura]*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - AGENTE DE TRABALHO:

34 - AGENTE DE TRABALHO TÍPICO:

35 - AGENTE DE TRABALHO TRAJETO:

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - N° DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

43 - EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *[Assinatura]*

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO:

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **15/10/19**

48 - ASSINATURA E CARRERA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): *[Assinatura]*

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0308010019**

5828 T068

5930 299

até 4.2

408-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MEDICA		
DATA DE ADMISSÃO João Todoró		DN
PACIENTE	João Todoró	
DIAGNÓSTICO	Fratura - fêmur - fechado - conservado	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	14-42
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	14-42 24/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SVD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SVD
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SVD
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	Atenção
14	CURATIVO DIARIO	Bávia
15		
16		
17		
18	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	
19		
20		

EVOLUÇÃO MEDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 16 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazorra, 404 - Boa Vista - RR

~~cancelado~~

~~408-3~~

22:30
 PP: 140 x 70 mmHg

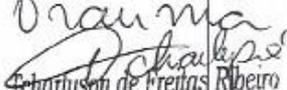
Dr. Odinach Orenim
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 185.124

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazorra, 404 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

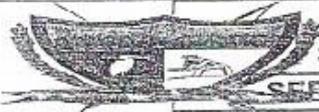
MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEdia E
 TRAUMATOLOGIA

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


 Charlyson de Freitas Ribeiro
 Enfermeiro

João Teodoro

408-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 HGR Hospital Geral de Roraima	
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	4DN	
PACIENTE	João Teodoro		
DIAGNÓSTICO	fratura fêmur (E)		
ALERGIAS	HAS	DM2	S/N
IDADE	LEITO	DATA	16/01/14
60			
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL líquida para DM2	S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	p.m.	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	p.m.	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12:18-24:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Roraima	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	Alença	
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Amoxicilina 500 mg (E) 8/8h	H. 24:00	
16	Cloridrato de Paracetamol 40 mg (E) 8/8h	H. 24:00	
17			
18	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		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente (DM 2)
 fr. de fêmur

408-3

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

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA
 Paulo Sérgio de Souza
 Roraima

7

15:30 Q7
 PA = 140 x 70
 PC = 84 x 62
 TX = 36

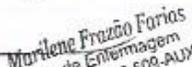
R: 24 Dinam. Presente

Marin de Mártina da Silva
 Técnica em Enfermagem
 CRMEN-RR 638901

OBS: Paciente procedente do GT
 Admitido às 16:50.
 Em cadeia de medicações
 no ambiente, observando,
 mantendo AUP em MSD. Seguir
 as ordens da equipe de
 enfermagem.


 Franciele Alencar Rodrigues
 COREN-RR 353.432 - ENF

às 17:00 administrado medicação venosa
 do sintoma


 Marlene Frazão Farias
 Aux. de Enfermagem
 COREN-RR 510.502-AUX

06:00 - Rubens m.c.p,
 admitido 23:00, no quarto
 com a equipe de enfermeiros.

1 408-3

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> 					
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
ÍTEM	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>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) 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				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	88	20	36,5°C
18 H	148x90	98	20	36,9°C
24 H				

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

Realizado coleta de sangue

E-80H

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Adm. medicos do item 9, pct quixosu de dor. *fanazone*

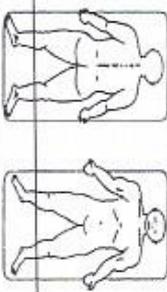
13 as 19h,

Foram ~~Adm. Medicos~~ *Adm. Medicos* ~~que~~ *que* ~~foram~~ *foram* ~~realizados~~ *realizados* ~~os~~ *os* ~~cuidados~~ *cuidados* ~~de~~ *de* ~~enfermagem~~ *enfermagem*.

MONITORIA
CONJUNTA

[Signature]
Cida Aparecida de Oliveira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 161.366-1E

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n°	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: João Teodoro dos Santos Leito: 408.3	Data: 17/10/19		

Localização		Região: M.T.E	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Neófito: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáceo <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"/> Esfáceo <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:	<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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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%	
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:	
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	[Assinatura]	[Assinatura]	
Observações:	[Linha em branco]		

408-3


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


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
ÍTEM	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 <i>HA</i>				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA <i>DA</i>				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG <i>HA</i>				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					
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, IMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

*SSVV 06
 PA 720/80
 FC 70
 T 36,2*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x100	70	<i>sem relaçao</i>	36°C
18 H	151x94	91	20	35,6°C
24 H				

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

07:00 às 19:00h.
 No horário das 11:00 paciente relatar selesse
 tressa, apresentam picos hipertensivos, administrado captopril
 7500, deponha a verificação picos atuais. Segue a
 idade, de supressão. Silveira Cam: 411841

Nível de Enfermagem em: Portevelo | Versão: 02 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2015
 Tratamento de Feridas: HEGR | Paciente: João Teodoro dos Santos
 Fone: 408.3 | Data: 18/01/2019

Atividade	Realização	Região	Região
Aparelha de Cinto () Necrose: Amarela/Negra () Estafelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Jeca () Eritema / Rubor () Puntiforme () Secoso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	() Ponto Elétrico () Curvatura () DM () Vascular () Trauma () Fracção () Fixador Externo () Ortopedia () Outros		Região: <u>perna esquerda</u>
Apresentação de Escabiose () Molhado () Seco () Gaze () Colágeno/Triase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogiel	() Soro Fisiológico 0,9% () Alcool 70%		Região: <u>perna esquerda</u>
Apresentação de Hidrogiel () Gaze () Colágeno/Triase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogiel	() Gaze () Colágeno/Triase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogiel		Região: <u>perna esquerda</u>

Acordada: Neira Araújo
 Técnica: Neuza Angem
 COREV: 507 755TE

Obs: não ponho a recom que sofreu um acidente de moto e nesse momento o topo cete foi socado da sua cabeça, esse queixa - se de cefaleia de grande intensidade, tipo Pressão



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



*Similla Vieira de Souza
 Enfermeira
 CRN-RR 000.396.364
 Solicita
 Justificação
 médico*

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	SSV + CCGG 6/6 H				Realizar
15					
16					
17					
18					
19					
20					SU
	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 - 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 Odinaçhi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 1854/RR

7:00 às 19:00hs.

realizado somente verificação dos sinais vitais que nos cuidados de enfermagem

*Silvana Teixeira Felício
 Auxiliar de Enfermagem
 CRN-RR 017874-AUX*

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> 					
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				SUO
2	AVP				manha
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
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU 6:35
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
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:

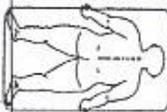
- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR.
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	143x80	77	20	35°C	
18 H	142x84	81	18	35°C	
24 H	130x86	79		36,1°C	

6h → PA = 125x81
 P = 92
 T = 37,1
 R = 16

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

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>João Tróvero das Santos</i> Leito: <i>L08-3</i>	Data: <i>19/01/19</i>			

Localização	 	Região: <i>M.I.E</i>	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <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 I <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 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 _____ <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"/> 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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%		
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: _____		
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	 Juliana Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem 807-14-PP-250-015	 Cibeleide S. Leite Aux. de Enfermagem 807-14-PP-250-015		
Observações:	_____ _____ _____			

Paciente refere ser Diabético. by Janet con pavor 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	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 18:30 05:30						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							
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

05:30 - Paciente que acordou - se de cama com dor intensa, admitiu não tomar item 9, 10 e 11

OBS: Paciente relatou cefaleia, realizado pedido de exame para neurologia.

Franciele Alencar Rodrigues
 CRM-RR 353.432 - EBF

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 -
 P.A = 102/64
 P = 94
 T = 36.0

10h Foi realizado exame de sangue e entregue ao laboratório.

3:00 às 19:00h.

colocado prescrição de novos medicamentos. Segue aos cuidados da enfermeira. Siga os cuidados exigidos.

Ayanna S. Bezerra
 Enfermeira
 COREN-RR 1.079.398 - TE

	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: 21/01/19			

Localização		Região: MJE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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"/> Outros:	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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"/> Outros:		
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	<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 checked="" 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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <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:	<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		
Profissional que realizou procedimento:	Cesar Soares Costa Técnico em Enfermagem COREN-RR 5994290	F's Simone de Oliveira COREN-RR 308605-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					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	PLASIL10MG 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					Polina
15	DEXTRO 6/6HRS					OGLN
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:

- # 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		
14:12 H	160x90	97	18	36,2	
17:28 H	124/78	58	18	36,6	
24 H	132x90	120	20	36,9	

~~13~~
 13 os 19ms, adm, sem
 medicações de handi
 +su
 16/10/19



4.08-3

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

Orippecha

NOME:

João Leoberto Dos Santos

IDADE:

60

REGISTRO:

BLOCO:

D

ENFERMARIA:

LEITO:

408-3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Orippecha

PARA:

Neurologista

Dados Clínicos:

Paciente do sexo masculino de idade, vítima de fratura - luxação do tornozelo após acidente de trânsito, refere dor forte intensa e persistente sem melhora com tratamento atual - favor avaliar + concluir fratura

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1651/RR

Médico

21/01/15

Data

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que teve trauma em região frontal superior (2). desde então evoluindo com redução de hábito respiratório e 2 episódios de apnéia que posterior, disse anterior ao quadro clínico quadro de apnéia expiratória em campo clínico (verificar). Ao exame: (o nome) sem de outros focos. Id. respiração por traqueostomia.

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

Médico

22/01/19

Data

ndi - saliente em de crânio - sugiro Amikacina 250mg/12h

sign e disponição

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				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	23/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND manhã
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 I 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				SND
15	DEXTRO 6/6HRS				
16					SND notas
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					

2240 17/01/23 06

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BI G, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SINAIS VITAIS				
CIH	PA	FC	FR	
12 H	130x80	84	18	36,2
18 H	140x80	82	20	36,5
24 H				

Dr Odinechi Chemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 1853 RR



Nome de Enfermagem em Protocolo:
 Tratamento de Feridas: **HGR**
 Paciente: **João Teodoro dos Santos**
 Letor: **408.3**
 Versão: 08
 Elaborada: 02/2018
 Finalizada: 12/2018
 Data: **23/01/2019**

Local: **PE ESQUERDA**
 Região: **PE ESQUERDA**

Diagnóstico: **DEP III III V () Queimadura () Prurigo () DNI () Vascular**
X Trauma **2** Traço **1** Exador Externo **1** ortopedia
 () Outros:

Apresentação de: **X** Neutrose Amarelo Negro **X** Estafecio **X** Granulação () Epitelização
 () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros:

Tipos de Lesão: **() Normal () Macerado () Seca () Ferimento / Rubor**
 () Outros:

Tipos de Ferimento: **() Purulento () Seroso () Sanguinolento X** Serossanguíneo () Seco
 () Outros:

Quantidade de Feridas: **() Molhado X** Seco () Seco
 () Outros:

Soluções de Feridas: **X** Soro Fisiológico 0,9% **X** Iodovidina 2% () Álcool 70%
 () Outros:

Abertura (cm): **X** Crase **()** Argemase Fibrose **X** Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outros:

Medicamentos: **() 1221 X** Tetraceno () 48/48h
 () Outros:

Assinaturas: **Rozângela Magalhães** **Adonide Viegas**
 Técnica de Enfermagem **Técnica de Enfermagem**
 COREN-RR 629 703 **COREN-RR 507 765 TE**

4 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	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				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	DEXTRO 6/6HRS				Rotina
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:

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	T
12H	130x80	93	18	36,2
18 H	146/93	98	19	36,0
24 H	119x80	88	18	36,2

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

06h 125x79 83 20 35,6



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Teodoro dos Santos

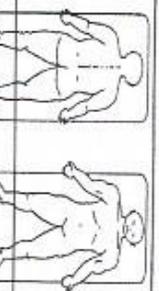
Leito:

408.3

Data:

24/01/2019

STAU FF

Localização:		Região: <u>M, E</u>		Região: _____
Etiologia:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: _____ <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Estafelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Estafelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca:	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Rís Sampaio M. de Oliveira CORENER 1998-895-TE	Adonilde Terra Araújo Técnica em Enfermagem CORENER 107 7957TE		
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					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	SSV + CCGG 6/6 H					Rotina	
15	DEXTRO 6/6HRS					06:15	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					(2-2) MTF	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					14:22 06	
18						NTF	
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

19:00 às 7:0
 Afundado
 uterai
 Francisco Antonio Rodrigues
 Médico de Enfermagem
 COREN-RR 151.318-TE

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemini Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	140/90	100	20	35,7°	
18 H	150/90	86	20	36,6°	
24 H	130/74	85	20	36°	

07:53 h. pac no leito, afundado SSVU. Dxto moe
 realizando pa fofia ou fofa pl gluco simetico.
 de Etidol
 13h às 19h
 ADM medicamentos, afundado SSVU
 e.c. Sarah



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
 HGR

Protocolo nº
 Paciente:
 Leito: 408-3

João Teodoro dos Santos

Data: 25/10/19

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

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:	Gaias II	<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 () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência de 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		<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: <u>deformado</u>		<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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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%	
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:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	
Profissional que realizou procedimento:	Rozângela Miguel Decodoro Enfermeira CRP 625 703		Cesar Soares Costa Técnico de Enfermagem COREN-RR 599-290	
Observações:				

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>							
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						
2	AVP				SAD		
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				manh		
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							
<p>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</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	126x80	FO2	FR/4	36°C	
12 H	121x75	85	-	36,1	
18 H	140x40	96	-	35,8	
24 H	126x87	88	14	36,5	

07 de 19
 Realizado os medi-
 cações de horários e
 SSV + carbocines prescri-
 ção.
 Rec. familiar

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo: 08-01	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: João Teodoro das Santas Leito: 408-3	Data: 26/01/19			

Localização		Região: M.S.E.		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III 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 III 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 III 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 III 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 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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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:	Juliana Fontes de Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 355.277		Raquel Silva Rodrigues Aux. de Enfermagem COREN-RR 415.275	
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: 27/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	S/N
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	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VÔ 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	<p>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</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				
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

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

DAS 7 - 19 h
 Adm. medicações de horário cpm
 Aferido sinais vitais.
 Luizanna Lima de Siqueira
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 963.900 TE

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	PLASIL10MG 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				067																														
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				022																														
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				06																														
18																																			
19																																			
20																																			
<p>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</p>																																			
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																			
<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^{gr}</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x80</td> <td>76</td> <td>18</td> <td>36^{gr}</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/90</td> <td>87</td> <td>19</td> <td>36^{gr}</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110x70</td> <td>95</td> <td>20</td> <td>36, 2^{gr}</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS						6 H	100x60	83	FR 18	36 ^{gr}		12 H	120x80	76	18	36 ^{gr}		18 H	130/90	87	19	36 ^{gr}		24 H	110x70	95	20	36, 2 ^{gr}	
SINAIS VITAIS																																			
6 H	100x60	83	FR 18	36 ^{gr}																															
12 H	120x80	76	18	36 ^{gr}																															
18 H	130/90	87	19	36 ^{gr}																															
24 H	110x70	95	20	36, 2 ^{gr}																															
				Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Cfm 1851-RR																															

Rotina 85mg/dl.
17/10/19 17:40mg/dl 231/30
18/10/19 06

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Jamaina

17h DEXTRO: 9/mg/dl

53 as 196, pcr no leito, Adm medicações C.P. e Agido sinais vitais!

*Unidade de Emergência
 Hospital Geral de Roraima
 GOEN-RR 791.350-TE*

	Núcleo de Enfermagem em	Pro: 310 nº 1	Versão)	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Yocis Soares dos Santos</i>	Leito: <i>408-3</i>	Data: <i>28/01/2019</i>	

Localização		Região: <i>MTE</i>		Região: <i>MTE</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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:		<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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:	
Apresentação 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 checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perifereira	<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 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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<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:	
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:		<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 checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Yocis Soares dos Santos</i> <small>Enfermeira</small> <small>Matrícula de Enfermagem: 359.903</small> <small>COREN-PR 359.903</small>	<i>Renata</i>	<i>Yocilene</i>	<i>Renata</i>
Observações:				

408-3

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>							
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	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					Rotina	
15	DEXTRO 6/6HRS					06 L 10	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					22	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					22/06	
18							
19							
20	<p>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</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				
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 as 13hs foi verificado SSVV. - Anamnia.

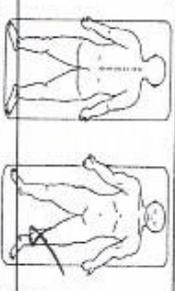
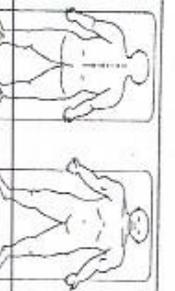
18hs - Administrado medicação CPm. Afundado SSVV com parâmetros normais segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Tec. Rf

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

Prestado todos os cuidados, exames e essenciais etc.

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

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo	1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente:	Leão Pedron dos Santos			
HGR	Leito:	468-3				Data: 25/02/19

Localização		Região: MJE		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 checked="" 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 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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%		
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:		
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:	Emília N. Silva COREN-RR 42945-6		Raquel S. Rodrigues COREN-RR 42945-6	
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				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				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				03/10/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				14/02/06
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 horários, conforme prescrição -
 Tia - Hamiltona

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x73	79	22	36.4
18 H	122/80	85	20	36.2°C
24 H	132x84	83	-	36.4

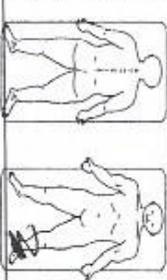
Dr. Odinachi Okomir
 Residente De Ortopedia e Traumatologia
 Crm 18511/RR

12h Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa, segue em observação. Tec. Enf. *[assinatura]*
 3:00 às 19:00 h.
 Realizado administração medicação de horários, não foi realizado deixo pois, não tem fita e nem apêndice.
 O médico observou sinais vitais. Segue os cuidados de enfermeira.

[assinatura] S. Bezerra
 Técnico em Enfermagem
 COREN/RR 1.079.398 - TE

[assinatura] Teodoro Fontes
 Auxiliar de Enfermagem

	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: MIE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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 <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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"/> Esfáceo <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"/> Esfáceo <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:	<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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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%		
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:		
Troca	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário		
Profissional que realizou procedimento	ESCAR SOARES COSTA Técnico em Enfermagem COLENER 599-290	Larissa Alves Maia Técnica em Enfermagem COLENER 1247428 - TE		
Observações:				

408-3 M

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>							
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		
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 SN 	
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					Potina	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					06L	
18						22	
19						44	
20							
<p>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</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							
06 120/75 78 19 36.4 SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 2851-RR		
6 H	PA	FC	FR				
12 H	120x80	85	18	36.2			
18 H							
24 H	114/82	85	18	36.4			

19 de 07. Afecção SSVV e del me 86.
 decaído; exerce item 16 por não
 ter na san. médica - Siga-se com
 cuidados da enfermeira
 Loedi E. Meschmidt
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 527801-AUX

12hs Reduzido para AVP. referido
 Sinais vitais segue em observação
 de acompanhamento. Não segue -

13 as 19hrs
 adm. med. com
 e de horas
 + 50
 16/19

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				5ND
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				
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				23 NT
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				14-2-2019
18					
19					
20					
<p>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</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

06 - PA = 118/86 P-88 T= 36.5

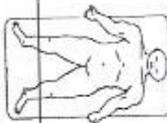
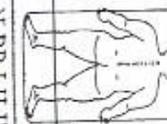
SINAIS VITAIS					Dr Odinagh Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Cim 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	108/80	96	20	35.9	
18 H	130/96	92	39	36.37	
24 H	131/98	81		36.5	

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

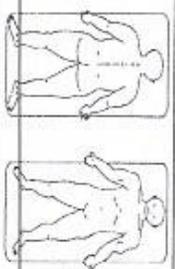
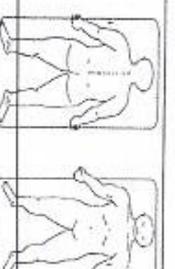




Núcleo de Enfermagem em	Protocolo:	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>João F. Leão dos Santos</i>			
HGR	Leito: <i>4083</i>			
	Data: <i>01/02/2019</i>			

Localização	 	Região: <i>USC</i>	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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 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 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 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:		<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"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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"/> Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 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:	
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:	Juiz <i>João Moreira</i> Auxiliar de Enfermagem CORREMAR 453.554		Ana <i>Orquídea da Silva Gomes</i> Téc. em Enfermagem CORREMAR 974.672	
Observações:	_____ _____ _____			

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

Localização		Região: <u>M.I.E.</u> Grau: I (X) II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Regina N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449709		<u>Maria de Regina P. Nunes</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 776.677	
Observações:	_____ _____ _____			

408-3

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> 					
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				SND
2	AVP				monter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SND
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SND
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SND
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SND 22
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				SND
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SND
13	CURATIVO DIÁRIO				curativo
14	SSV + CCGG 6/6 H				rotulo
15	DEXTRO 6/6HRS				11, 17, 21 NITE 06NITE Falt
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				NITE 22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				22
18					
19					
20					
<p>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</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	110/63	69	20	36.2	
18 H	118/73	88	/	36.5	
24 H	112/77	83	-	35.9	
6 H	130/90	79	20	36°C	



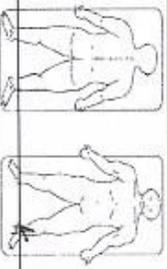
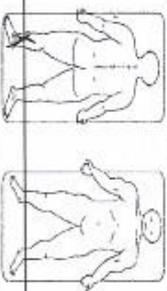
Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

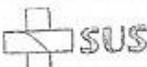
Protocolo: _____
Versão: 08

Paciente: João Teodoro dos Santos
Leito: 408.3

Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

Data: 03/02/19

Localização		Região: M.I.E.		Região: M.I.E.
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração, Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração, Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" 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: <u>edemaciado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edemaciado</u>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<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:	<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:	<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:	<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"/> 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
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%	<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 checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<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			
Profissional que realizou procedimento:	Rozângela Miguel Deodato Téc. Enfermagem COREN-RR 629.703	Berenice Sá de Castro Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172	Rozângela Miguel Deodato Téc. Enfermagem COREN-RR 629.703	Berenice Sá de Castro Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172
Observações:	_____ _____ _____			

 Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *Felipe*

6 - N° DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO _____

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

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

ome e em pé (E)

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

lesão

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fiz + EX LAB

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

ome e em pé (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PR 1115

Dr. Ronaldo P. Dias
Médico
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PR 1115

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ome e em pé (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Dalson / Reyer

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

4/2/19

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 TRAJETO _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - N° DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CHAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - COD. ORÇAO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

4/2/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*0415040035
R02
M866*



BOLETIM OPERATÓRIO

José Teodoro de Souza

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 9/12/19 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DMC LPI (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FTO Cerveja a DMC pl (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MÓDIFICACIONES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dodson 1º AUXILIAR: Reyer **Dr. Dodson Feitosa**
Cirurgião Traumatologista

2º AUXILIAR: Vidal R J INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____ **Dr. Rogério L. P. Dias**
Médico Ortopedista/Traumatologista

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____ CRM 42055-02 - OPE 114

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct DDK + anestose

2- Anepin + Antepi + Campes sb

3- Realizado desbridament en area de ferida pl (E)
 en Mele de vitalidade

4- 2 MC expost + curate

5- RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"América Poteríssima dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

João Teodoro dos Santos

Id: 60 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
10 11 12 13		04/02/19	
AGENTES	N 20		
	02		
LÍQUIDOS VENOSOS	A		
	V P		
DA	°C	240	
X	30	220	
ULSO	●	36 200	
		34 180	
ANES	X	32 160	
		30 140	
TEMP	□	120	
		100	
ASPIR.	A	80	
		60	
RESP	O	40	
		20	
Export			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS		A O B L	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 0,5% 13mg	Ressecamento labial, infiltração simples, infiltração + ventilação espontânea	x monitorização + Deck lit
B		cateter nasal	① Ojeira de O ₂ sob cateter nasal 2l/min
C		cateter nasal	② Anestesia e antiseptia de região labial com álcool a 70%, campos estéreis, punções suboculares entre L3-L4, agulha Quinck N° 26, LCA pastilhas, dose nominal, com infusão de Bupivacaína 0,5% 13mg
D		cateter nasal	③ Fentanil 30mcg + midazolam 2mg
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
MDCD		Naso / Ombroquaseal - Cega	
SANGUE	SFO, 8% 1500ml	Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	Mão
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Desbridamento de m m i E		Letargia - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Sucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PERDA SANGÜINEA
Dr. Marcelo	Dr. Fábio	Dr. Nelson	
RJ Daniele		Dr. Roberto	④ Epinefrina 10mg (IV)

Dr. Alberto P. A. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 007

x Encaminhado a SRPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Id - 6022007

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

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

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
	ANESTESISTA:	Dr. Miriam	
	RES. ANESTESIA:	Rd. Kannelle	
	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR	Rd. Odimar		
2º AUXILIAR	Miriam / Ademilton		

TIPO DE ANESTESIA: Raqui - 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	
1	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	700ml
1	SERINGA 20ML		7	FITA CARDIACA	150ml
				OUTROS: <i>Alcool 70% / Antiduna</i>	150

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<i>Enferm. Prunel</i>	SUB-TOTAL		
FUNCIÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<i>Ademilton</i>	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



mapa de wings distribuido / hipertensão

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

nome: João Teodoro dos Santos

TRANSOPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Data:	<u>04/02/19</u>	Entrada na Sala Cirúrgica	Início Anestesia	Término Cirúrgica	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Localização
Reg:	<u>60</u>	<u>09:40</u>	<u>10:25</u>	<u>10:55</u>	<u>11:38</u>	<u>Desbridamento de MMII E</u>	<u>Plano 15</u>
Chegada:		Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento			
<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> U.T.I. 1 <input checked="" type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> U.T.I. 2 <input type="checkbox"/> Outros:		Hidratação	Antibiótico	Hemoderivados			
<input checked="" type="checkbox"/> Jólum <input type="checkbox"/> Pré-arréstico <input type="checkbox"/> Jólum <input type="checkbox"/> Intra-ath <input checked="" type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Cardipara <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Assético <input type="checkbox"/> Outros:		SF a 0,9%:	Nome:	CH:			
Informações: <input checked="" type="checkbox"/> TUB		SG a 10%:	Dose:	Plasma:			
		Outros:	Paquetas:				
		Nº de compressas oferecidas:	Anátomo Patológico:				
		Nº de compressas recolhidas:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
		Sinais Vitais:	T: <u>36</u> °C	P: <u>96</u> bpm	Nº peças:		
			SAT: <u>97</u> %	R: <u>96</u> rpm	<input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outros:		
			FC: <u>96</u> bpm	PA: <u>106/60</u> mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular		

Desbridamento em locais infectados TUB 2 pontos

Resposta De Dor

Exames na SO: <input type="checkbox"/> Ht <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Raio X		Balança Hídrica		Sinais Vitais			
<input type="checkbox"/> Outros:		Entradas	SAE	T	P	PA	SPO2
		EV	HV	1h	81	102x68	100%
			SFO, S.T.	2h			
				3h			
				4h			
				5h			

Legenda

1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. PVE PA
4. Placa de Bisturi
5. Sincisão
6. Cateter
7. Venóclite
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Smarch
11. Outros:

Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros:		Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015	
Entrada:	Ass:	Saída:	

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
ANTES DA INCISÃO
ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Isaac Teodoro dos Santos
Esp. Anestesiologia: Isaac Teodoro dos Santos

Anestesiologista: Marcos Vinícius
SALA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SALA DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES (Sala Pós-Operatório)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Isaac Teodoro dos Santos
IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPE: Isaac Teodoro dos Santos

Sim Cirurgico
 Procedimento
 Consentimento Sim Não

PROCO CIRÚRGICO
 Aplica Não se Aplica

TIPO DE REALIZAÇÃO
 Sim Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
PRÉLIMINAR

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
 Não Sim, Quali: _____

ÁREA DE RESERVA DE ASPIRAÇÃO
 Não Sim, e equipamento/assistência disponíveis

VOLUME DE SANGÜINEO > 500 ml
 Não Sim, e uso adequado e planejamento para fluidos

DATA: 04/02/19 Assinatura: Isaac Teodoro dos Santos Hora: 14:30

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
 Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

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

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

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

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
 Não se aplica Sim, Quali: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
 Sim Não se aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

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

Assinatura e Carimbo:
Bruno Brandão Costa
Enfermeiro
CORENIS/R/524.926

4108
3

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>					
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
ÍTEM	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	<p>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</p>				

Handwritten signature

11 Não tem p/ta

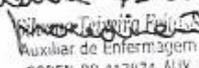
Handwritten signature and date 14/2/19

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				
18 H				
24 H				

07:00 às 13:00h
 Não foi realizado dextro pois não tem fita e nem aparelho no petor, não foi realizado registro de sinais vitais pois paciente está resente do leito, encontrar-se em procedimento segue aos procedimentos de enfermeira


 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 417874-AUX

P.O.J. 11:40hs

4108
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jilvan & Ledoro dos Santos			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	48-3	DATA	4/10/19
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LITE				5ND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				I 22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H } suspens				-
4	TILATIL 20mg 12/12hs				-
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				(S/N)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				(S/N)
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				(S/N)
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				22:06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				(S/N)
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				(S/N)
14	CURATIVO DIARIO				Curativo
15	Cefepim 1g 8/8h - EV				22:06
16	Amoxicilina 250 + 125 VO 2x/dia				22:06
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

06 - Paciente disse que sente
 local no ~~acesso~~ quando
 é feito *Ranitidina*

06 - 132/90 P.86 T=36.7°C

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
		120x69 95	115/68 98	135/81 92
		35,7°C	36,3	36,6°C

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

17:00 às 13:00h

Paciente retornou 11:40h do CC, orientado
 consciente, realizado ~~medicação~~ ~~medicação~~
 realizado ~~medicação~~ ~~medicação~~
 de enfermeira ~~medicação~~ ~~medicação~~
 Sílvia Teixeira Feitosa
 Auxiliar de Enfermagem

Das 13 às 19 hs.
 Administrado medicação
 + SV, conforme PM.
 aux. Jairo

Dr. ~~Paulo Sergio de Souza~~
 Ortopedia e Traumatologia
 18/10/2019

4083

	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	05/02/2019
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			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					
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 1854-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	145/86	87		36,4	
18 H	140/90	73	20	37°C	
24 H	137/89	78	19	36,1°C	

6h 111x69 77 18 35,2°C

Handwritten notes and signatures:
 11 - 17 N...
 14 - 22:30
 NIF @ NTF
 NTF @ NTF

4108
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	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					
<p>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</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

6 H. 106x65 74 - 35,7°C

Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	98	20	36,2°C
18 H	146/82	72	20	36,6°C
24 H	124x77	78	-	36,6°C

7 as 13 h foi adm =
 medicacao de horario
 + SSVV + Aca. manual



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			

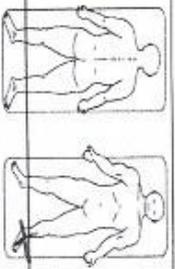
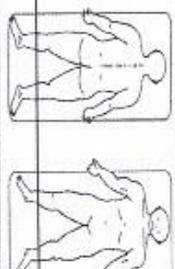
SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE () 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			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		

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

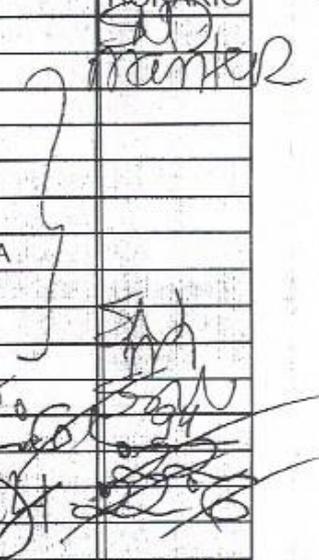
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____					
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() 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 Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>João Teodoro dos Santos</i>			Leito: <i>408-3</i>	Data: <i>06/02/19</i>	

Localização		Região: <i>MIE</i>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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:	Grau: I () II <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LPP I <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:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input 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:	<input 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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input checked="" 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	<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 checked="" 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:	<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 checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<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:	<i>Maria de Fátima M. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 449.709		<i>Rozângela Miguel Depolito</i> Enfermeira COREN-PR 623.703	
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	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	70	20	36,4°C	
18 H	151 x 92	74	20	36°C	
24 H	130 x 80	70	16	36°C	



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			

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Impânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Pollúria () Disúria () Coleúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () 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



4108
3

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				Monte SA SA SA SA SA SA SA SA SA SA
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

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 Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 1851-RR

06: 130/90 91 20 36,5

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

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () 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		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () 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	

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>							
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		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO		
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				SN		
2	AVP				manutenção		
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 (76mg) 23 (134mg) 23 (164)				Rotinas 06/16/7		
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				02/18/7		
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				KT: 22006		
18							
19							
20	<p>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</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

6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	117/76	77	19	36,1°
18 H	130/90	91	18	35,7°
24 H	125/88	80	20	36,3°

06.0: 127/76 74 18 35,8°

Dr Odirachi 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			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico Pulso: _____

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação () Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		

CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpônico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica	() Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		

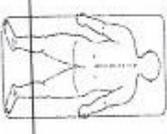
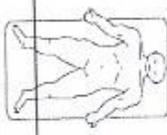
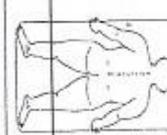
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região: _____			() Espontânea	() SVD	() Anúria () Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematúria
			() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropen

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____		
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não					
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem		
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____					
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____					
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() 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 Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: João Teodoro dos Santos Leito: 408.3	Data: 09/08/19			

Localização	 	Região: M. I. 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 () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()	<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 () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()	
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:	<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:	<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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <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"/> Purulento <input 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"/> 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 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:	Maria de Fátima M. Viana Auxiliar de Enfermagem - COREN/SP 449708	Rosângela Miguel Deodora Auxiliar de Enfermagem - COREN/SP 629780			
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	10/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS					5/10/11
2	AVP					manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					SV
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SV
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SV
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					SV
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SV
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SV
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SV
13	CURATIVO DIÁRIO					M
14	SSVV + CCGG 6/6 H					Pilone
15	DEXTRO 6/6HRS					1796 23 06
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					23 06
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					23 06
18						
19						
20	<p>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</p>					

* ós 12h
Dextro = 96 mgk

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

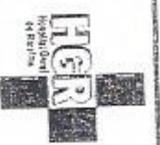
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinaç Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	129/81	71	S/R	36,3	
18 H	132/80	58	S/R	36,2	
24 H	128/79	80		36,16	

ot os 12h, 18h, 24h com e de naom + SV

de xtro 23 25 06 178

juke totot

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: João Teodoro dos Santos	Paciente: João Teodoro dos Santos		
HGR	Leito: 408-3	Leito: 408-3			Data: 10/02/19

Localização			Região: M.T. E			Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> I 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 <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		Grau: I () II (X) 3X	<input type="checkbox"/> I LP I II III IV 7* <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:		Grau: I () II ()
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		<input checked="" 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:
Pele Perilesional	<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:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input 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"/> 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 checked="" 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:		<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:	Ruzielyta Miguel Mendes Tereza de Jesus DRENERIA		Juceli Reale Juceli Reale			
Observações:	_____ _____ _____					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de					
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 mont
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				INS. REG. 12 21 unid.

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

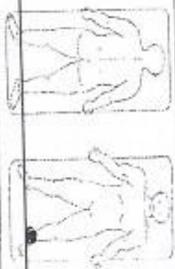
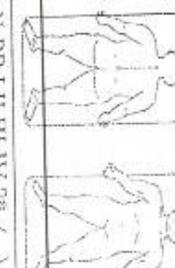
SINAIS VITAIS				
6 H	115/80	FC 80	FR 14	36°C
12 H	130/80	90	20	36
18 H	150/98	73	20	36,6°C
24 H	131/85	80	14	36°C

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

7 as 13 h foi adm -
 medicacao de horario
 + SSV - Ana ma
 23:00h DEXTRO = 150mg/dl
 06:00h - DEXTRO = 147mg/dl

13 as 15h, adm. med.
 cpm e de hora
 + SSV
 2
 que
 167692

	Núcleo de Enfermagem em	Profec - n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>João Teodoro dos Santos</u> Leito: <u>4108.3</u>	Data: <u>11/02/2019</u>		

Localização		Região: <u>MTE</u> Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) X 2		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	(<input checked="" type="checkbox"/>) Molhado () Úmido () Seco () Purulento () Seroso () Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	(<input checked="" type="checkbox"/>) Molhado () Úmido () Seco () Purulento () Seroso () Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro:			
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues Aux. de Enfermagem CRP 44455		Adonilde Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN PR 506795/TE	
Observações:	_____ _____ _____			

4108
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	12/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				[Handwritten notes and signatures]
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	PLASIL10MG 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 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		GLICOSE	HAEMOGLOBINA	INSULINA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	87		36,0
18 H	135/82	81	20	36,6
24 H	145/72	83	18	36,4c

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

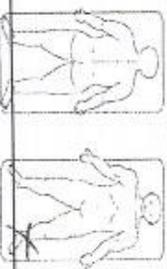
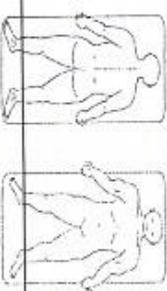


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

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			

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Replão: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () 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	

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

Localização		Região: <i>pé e</i>		Região: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: <i>I</i> (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> II (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: <i>I</i> (<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> II (<input type="checkbox"/>)	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estafelo <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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estafelo <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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
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 checked="" 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: _____	<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:	Cesar Soares Costa Técnico de Enfermagem COREN-PR 595-250	Genelbe de S. Leite Técnico de Enfermagem COREN-PR 597-145-AE			
Observações:	_____ _____ _____				

4083

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: 13/02/2019

ÍTEM	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	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:

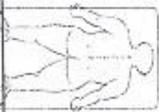
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110x60	72	18
18 H			
24 H			

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

16:40
 PA - 82x60
 PS - 88 B.P.M
 TR - 36-2

	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: 33/02/19	

Localização	  Região: MIE Grau: I () II (x)	  Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III III IV 2+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	<input type="checkbox"/> LPP III III IV 2+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (x) Esfacelo (x) Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (x) Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	BRUNO S. PEREIRA Técnico de Enfermagem COREN-PR 614.556	Rozângela Miguel Decodoro Técnico de Enfermagem COREN-PR 629.703
Observações:	_____ _____ _____	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu João Teodoro dos Santos CPFnº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

6.) 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 _____

CPFnº: _____

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 Medico Regulator



500170

408-3
OK



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): ~~fratura humeral direita~~ ~~osteoporose~~

DIH: 15/01/19
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSORAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO³⁻: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM _____
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO³⁻: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____
EAS _____
IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO
USADO: _____
JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIÓTICO: _____
EXAMES/PROCEDIEMTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: Inalgenic

EVOLUÇÃO CLINICA: Aguardando Reparo
Clínico

Boa Vista, 02 de 20 19, Hora: _____
Dr. Edmundo Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861/RR
Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM _____ /
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC
Assinatura/carimbo do Médico Regulador CRM _____ /



E

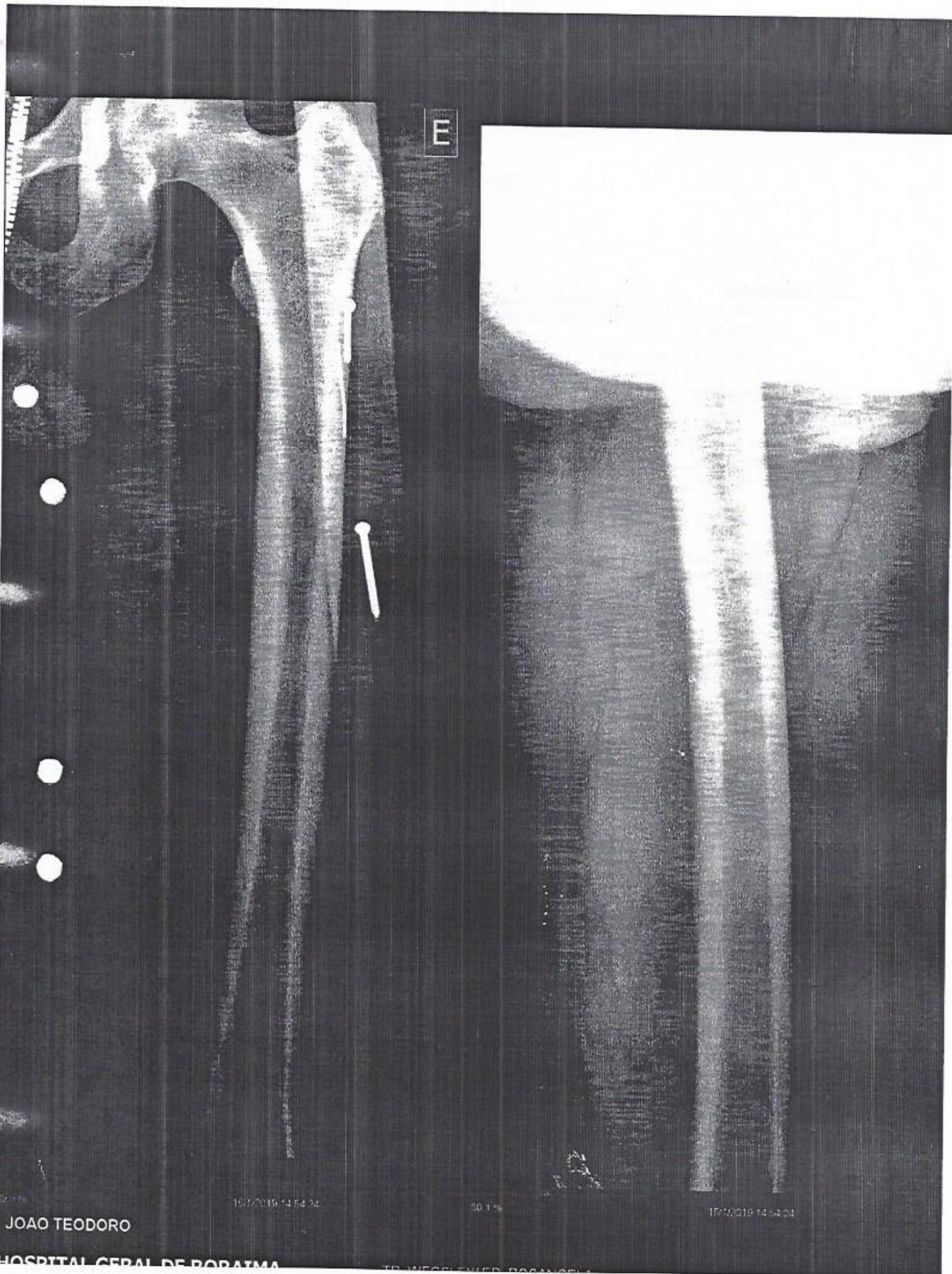
JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/1/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE BOBAlMA

DR. MARCOS SOLIZALER ROSANGELA

67-7-IV



JOAO TEODORO

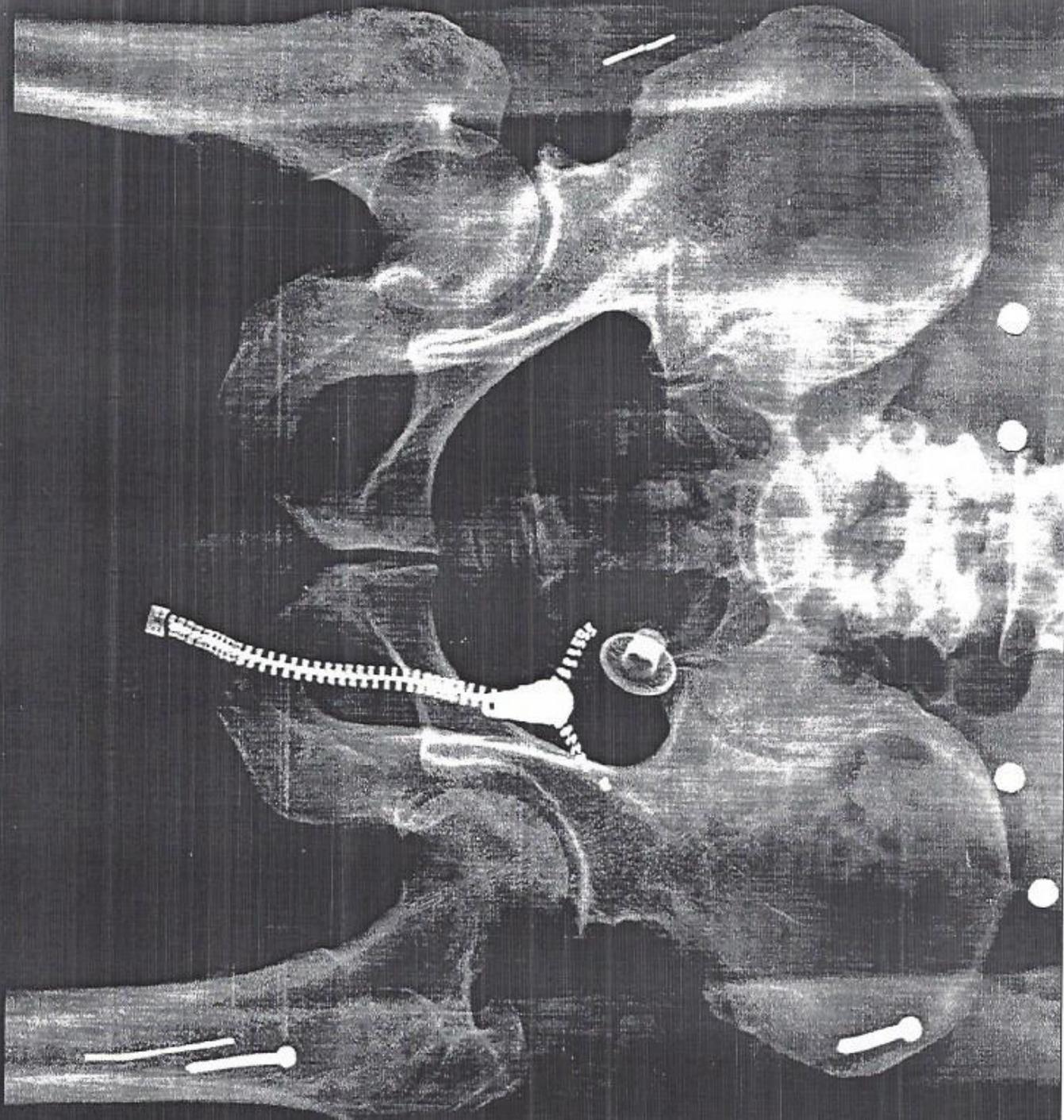
HOSPITAL GERAL DE BORATIMA

15/10/2019 14:54:24

20.1%

15/10/2019 14:54:24

D



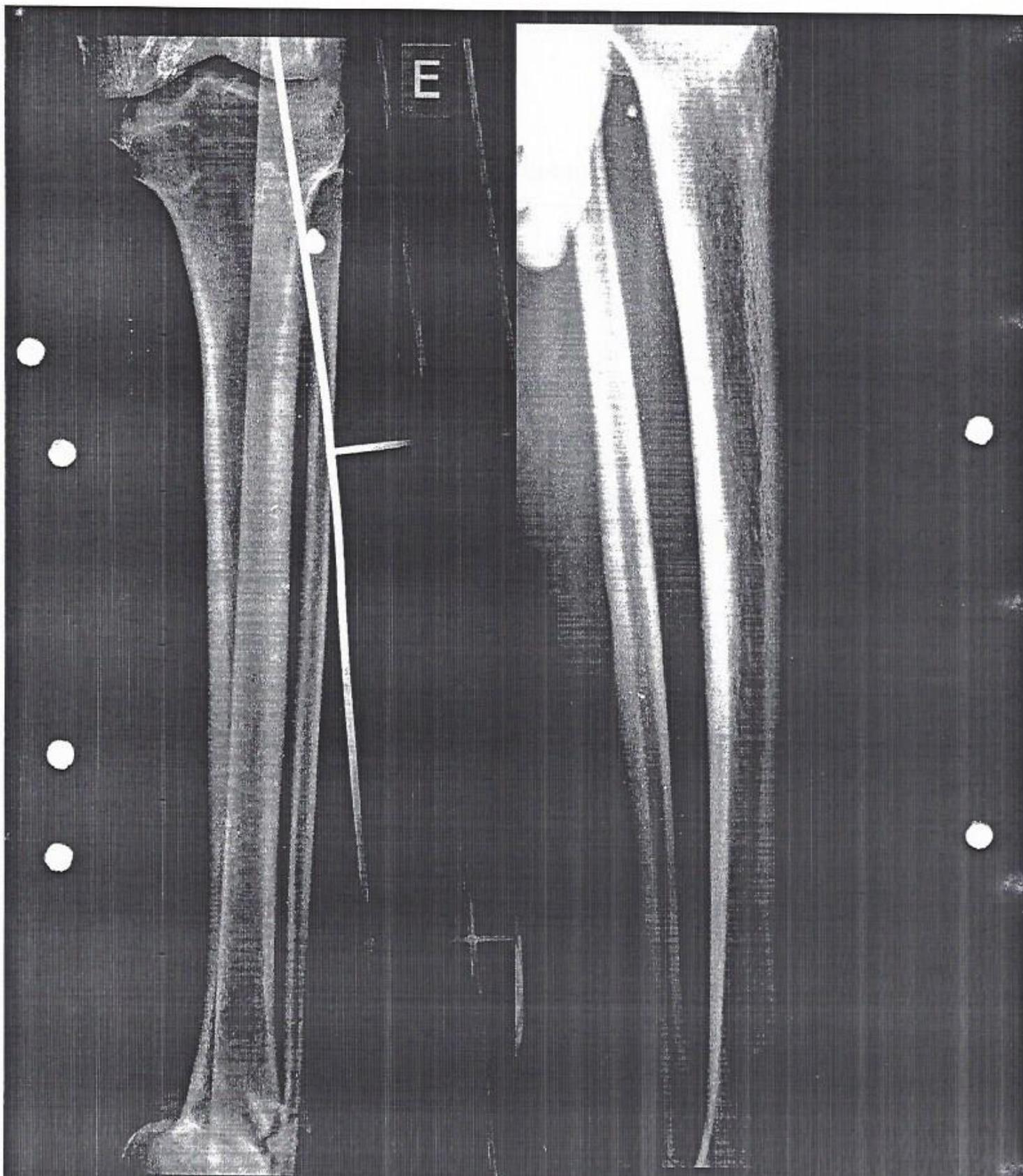
.JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR WEGOS EY/ED. ROSANGELA

575

15/11/2019 14:54:24



4891 15/10/2019 13:50:58

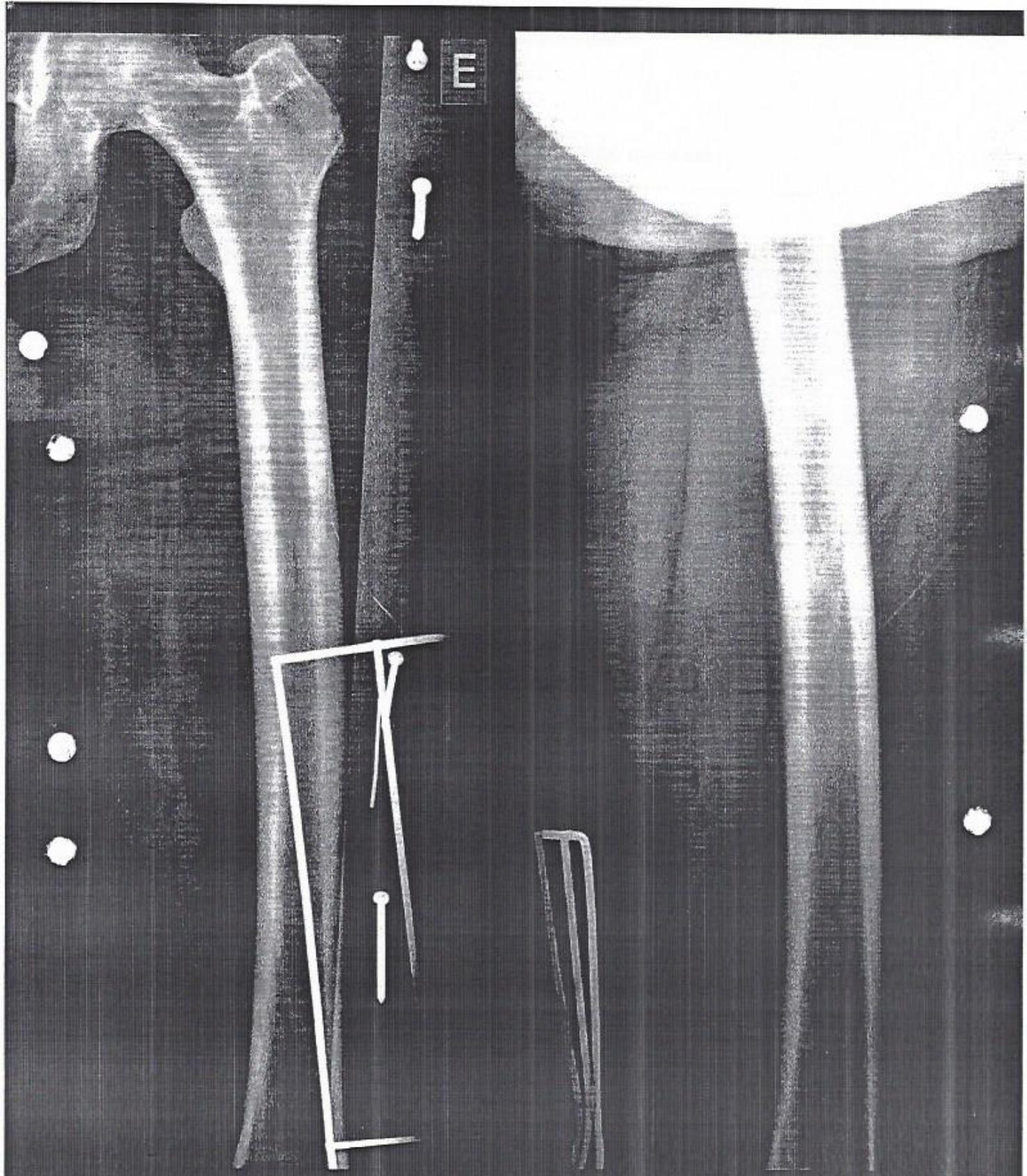
10.1 %

15/10/2019 13:50:58

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

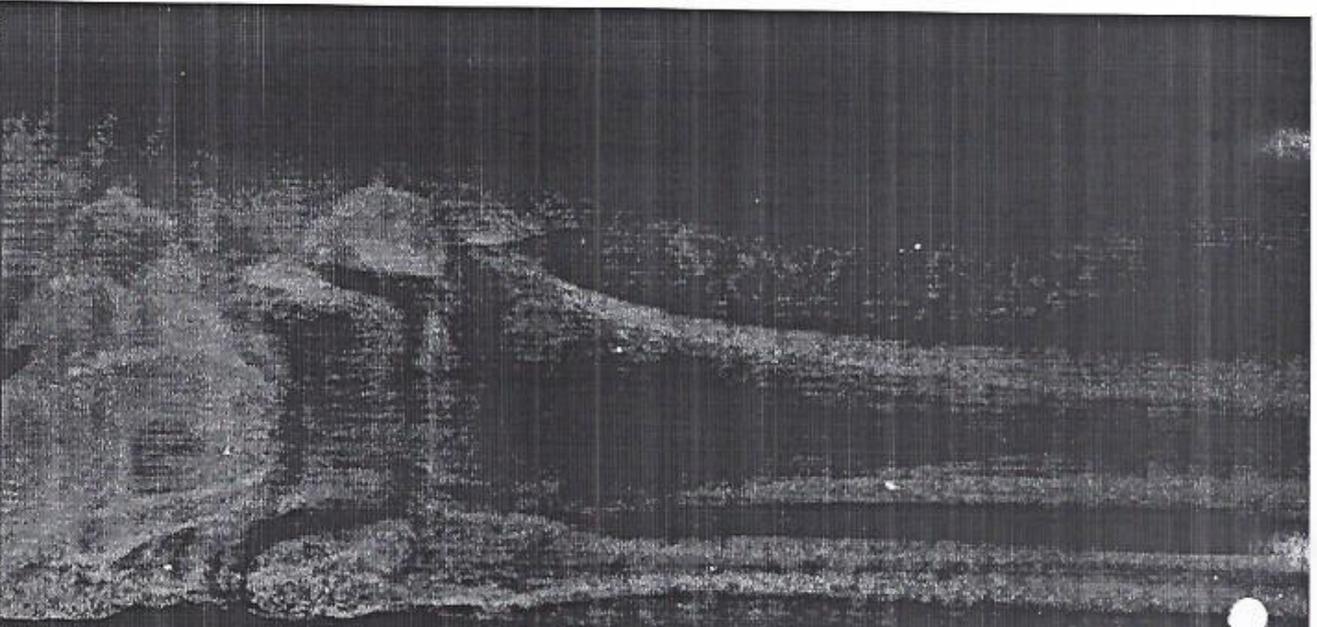
TR. MARCOS SOUZA/ ED. ROSANGELA



49 - 44
19/10/2019 13:50:54
JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

50 - 44
19/10/2019 13:50:54
TR MARCOS SOUZA/ ED ROSANGELA



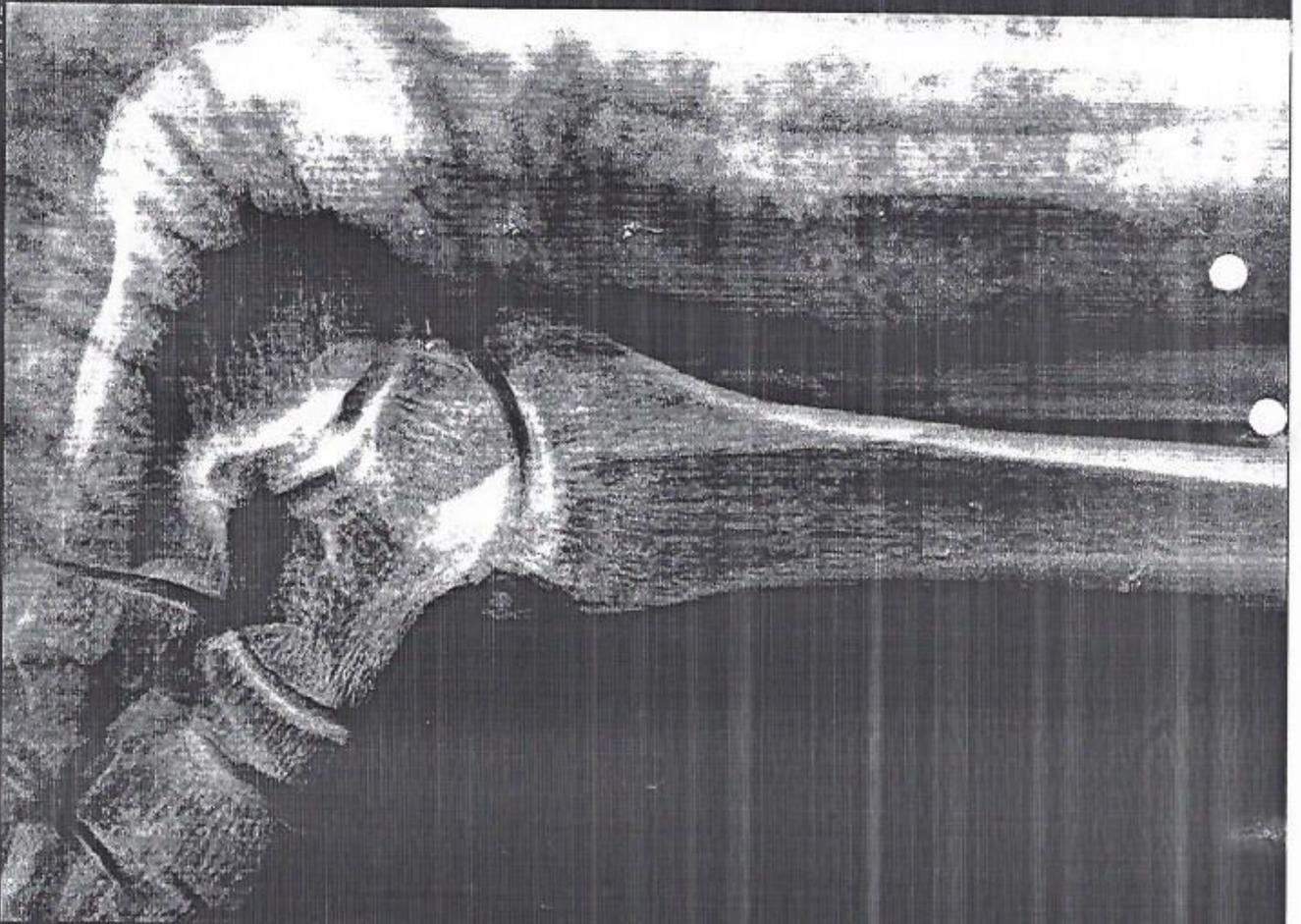
9.8 %

15/11/2019 14:54:24

JOAO TEODORO

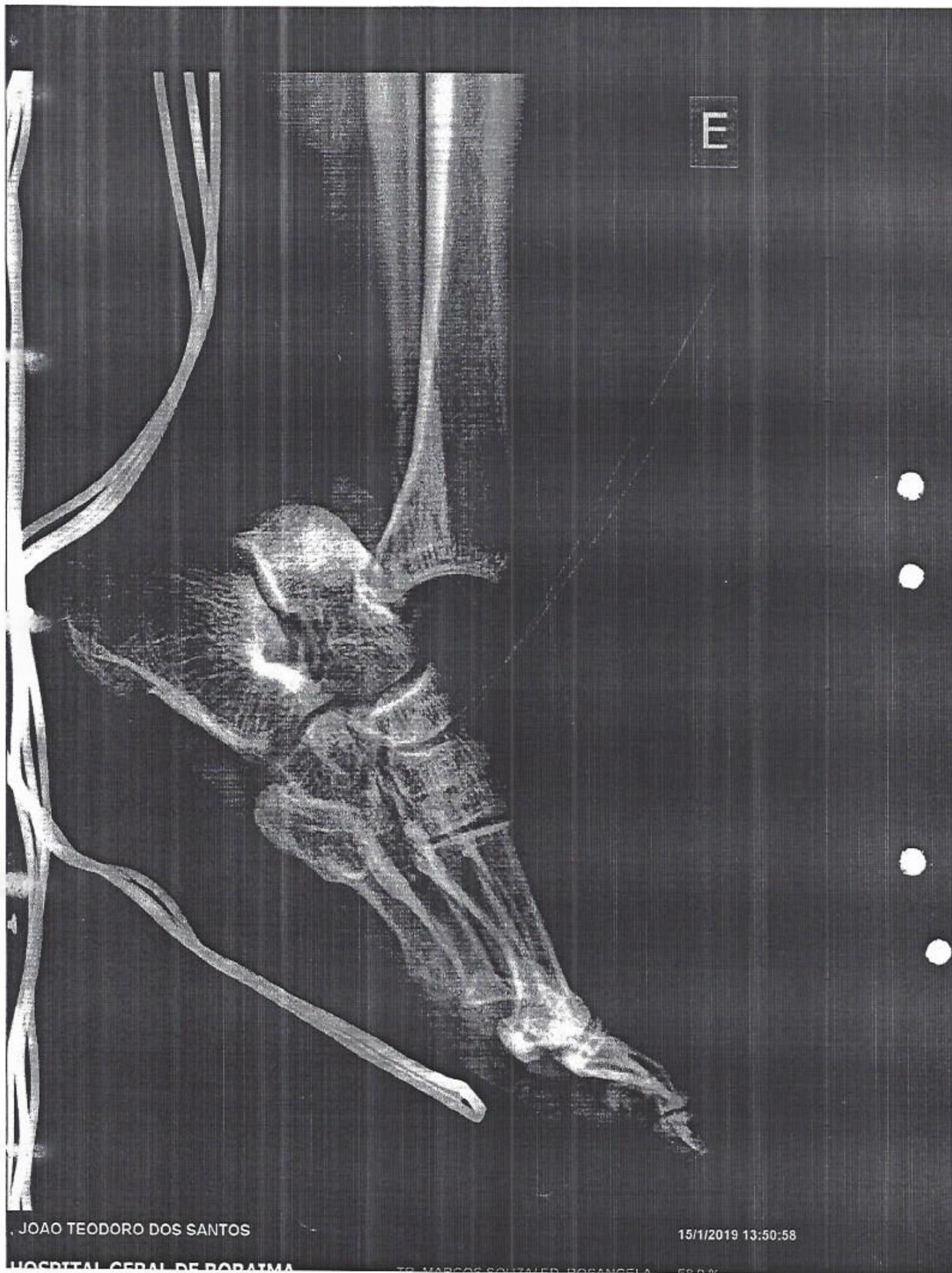
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: WELCSLEY/ED: ROSANGELA



71.4 %

15/11/2019 14:54:24



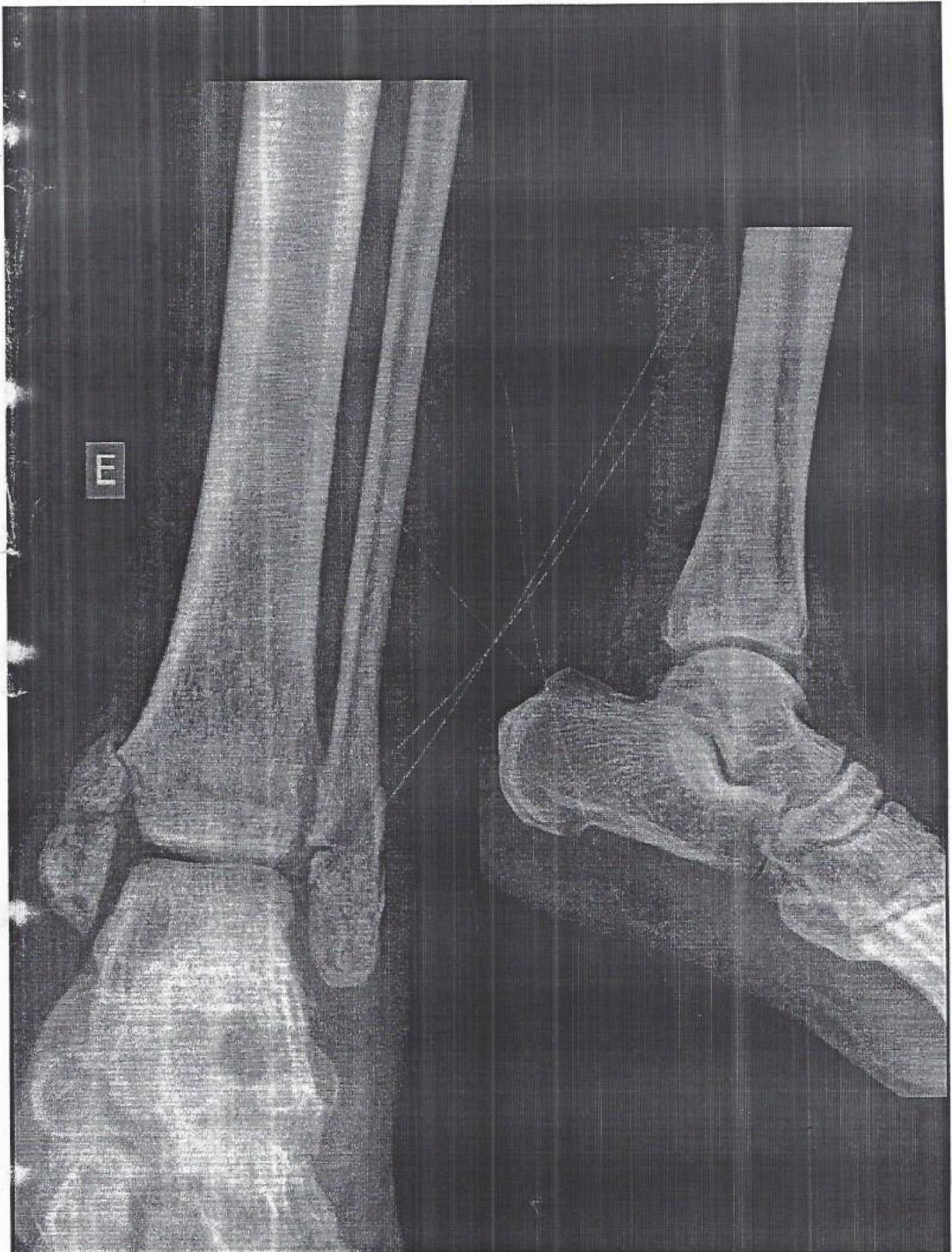
JOAO TEODORO DOS SANTOS

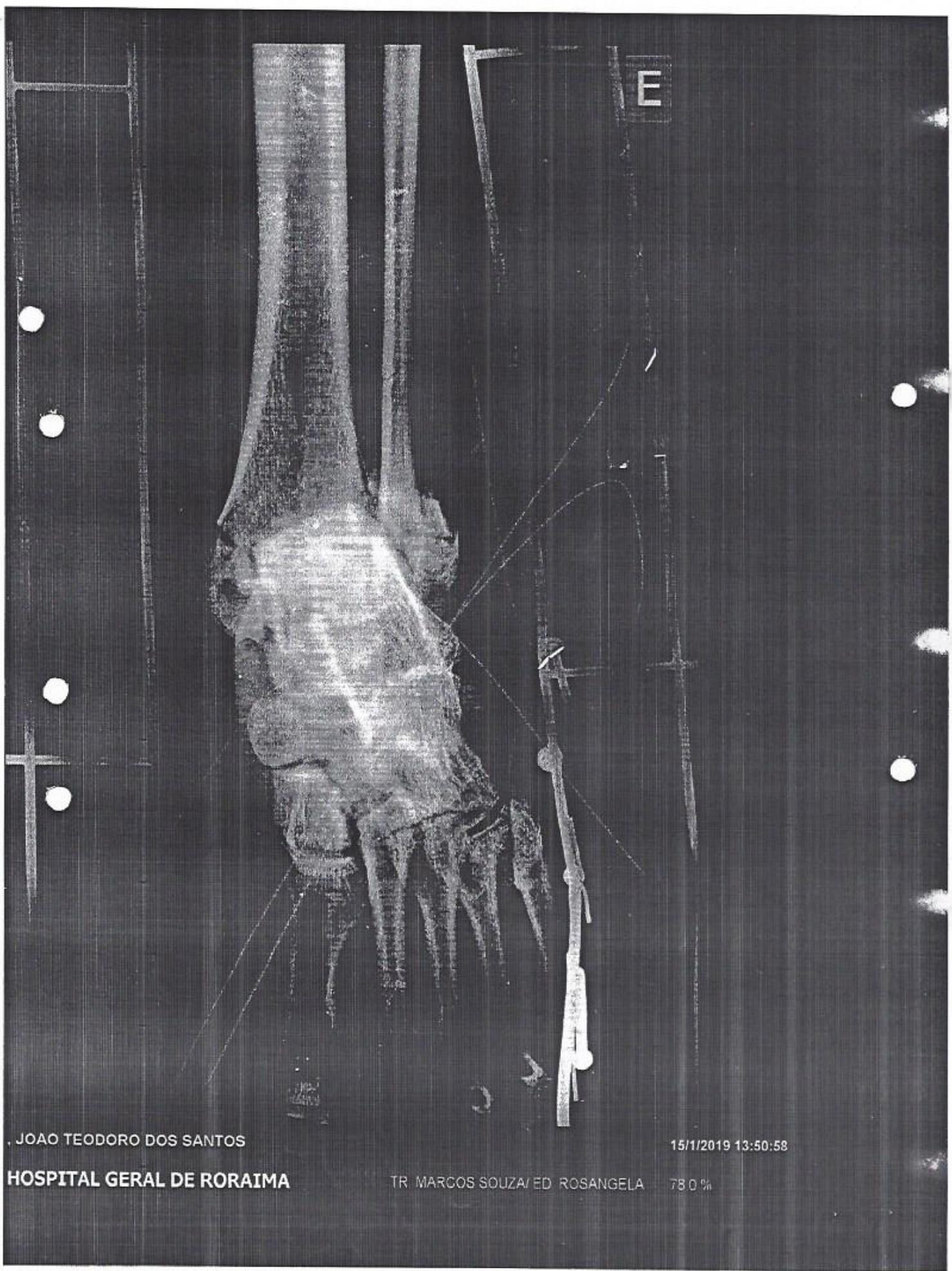
15/1/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE BOBATAIA

DR. MARCOS SOUZA LEONARDO BOGANELLA

520 W





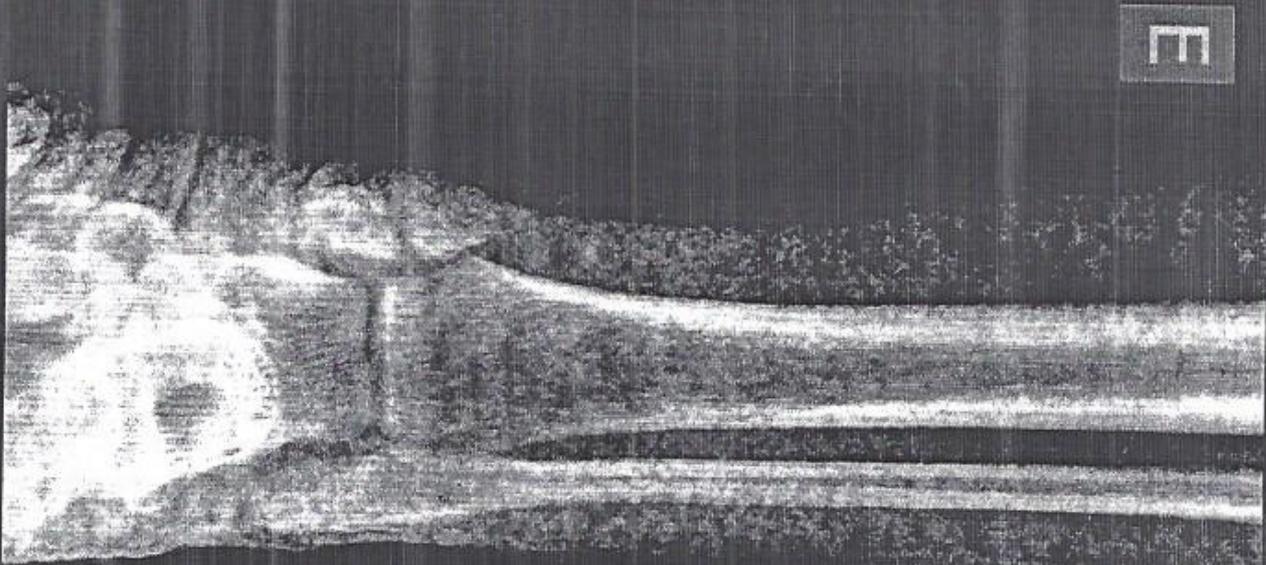
E

JOAO TEODORO DOS SANTOS

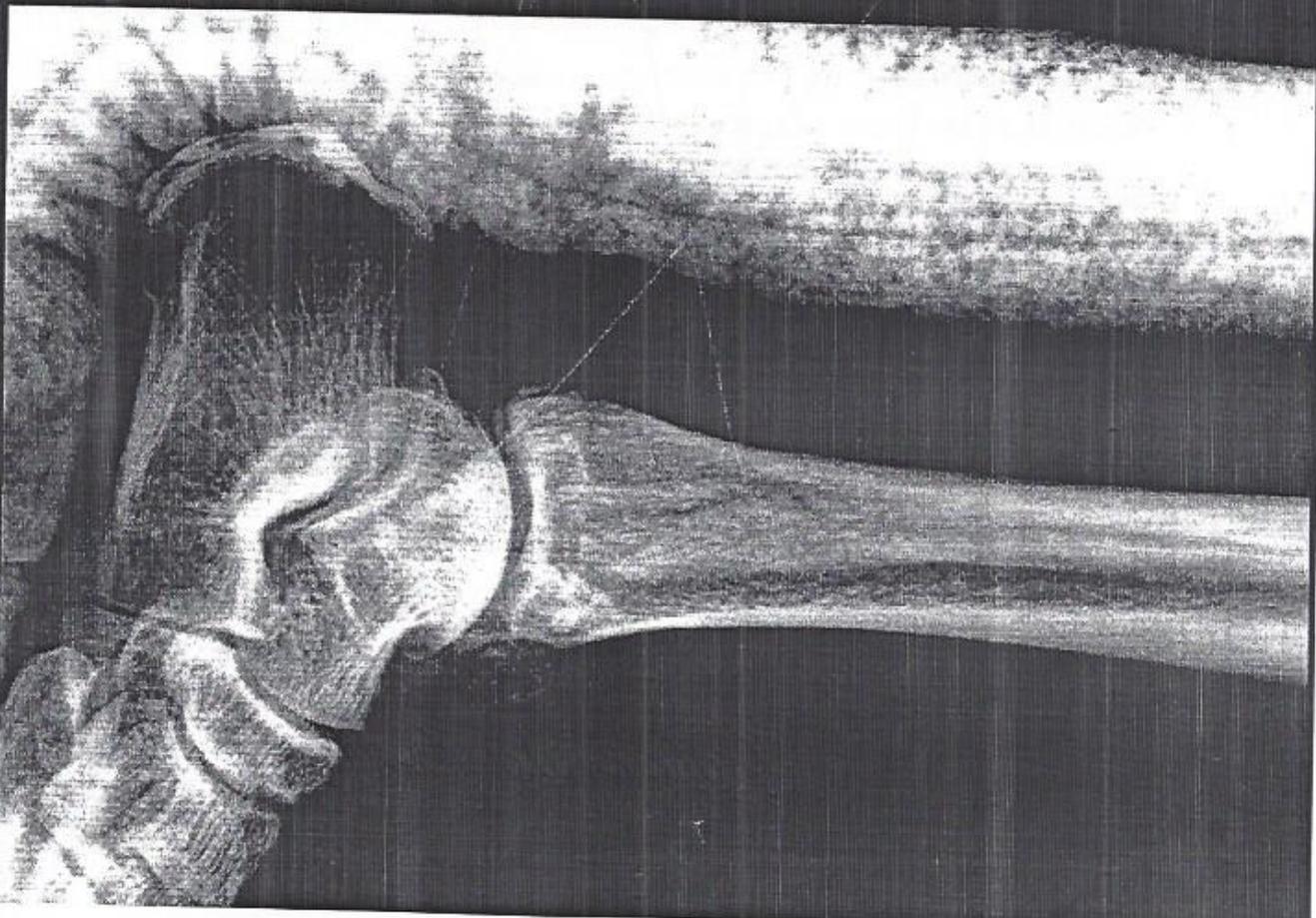
15/1/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA 78.0 %



72.4 %



91.2 %

JOAO TEODORO
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: LETTO 329
Data: 03/03/2019

Nr: 182
Tec: TR.ALLISON



Tam. real

116,6 %

OAQ TEODORO DOS SANTOS

ID: 60

Nr. 1308

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 24/05/2019

Tec:

328



83,7%

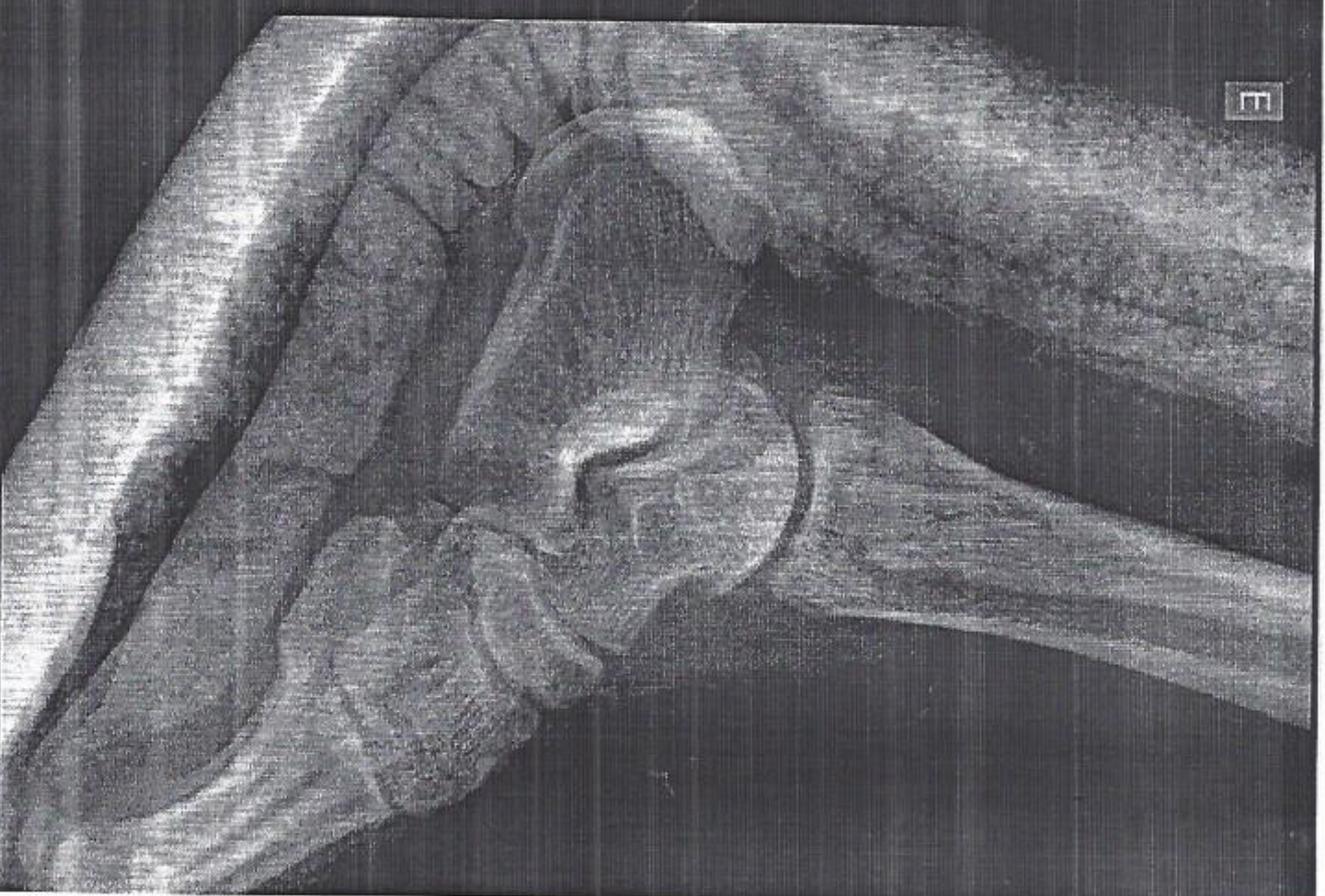
JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 27/03/2019

ID:

Tec:

Nr.: 275



77,7%



JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:

Data: 27/03/2019

Nr: 275

Tec:

107,6 9



JOAO DOS SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA

6840

25/06/2019

0.8%



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

RECEITUÁRIO

Nome: *Jose Teodoro dos Santos*

João Vitorino

*paciente of fratura no tarso (E)
no aguardo para procedimento
cirurgico. no momento em
posicionando na mesa para
sua primeira cirurgia*

28/05/19

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

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazanta, 404 - Boa Vista - ROR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazanta, 404 - Boa Vista - ROR



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: João dos Santos

RECURSIVO

traucio

Fratura torçao (E), Evoluca 5 meses,
indicado tratamento cirurgico, porém pro-
cedimento não realizado e evoluca com
condicao visua, bloqueio articular
lesao remanente.

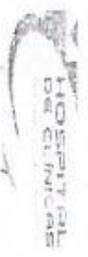
CID: S82.3 -

DATA 3 7 09

Dr. Dalson Feitosa
Otorrinolaringologista
CRM-RR 1178

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Dutra, 444 - Boa Vista - RR

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 000 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 68.201-100 - CNPJ: 04.013.000/0001-00



INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGUIM

1509

OME: Paulo Sergio de Souza HD: F. Aguiar DATA: _____ SEXO: (M) (F) BLOCO: _____

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				SOMÁTÓRIO
	4	3	2	1	
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio	1
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)	1
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	2
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante	3
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	2
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	2
Eliminações	Evacuações no leito e usa de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	2
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	LM ou V. O	2
TOTAL:					11

Classificação: 1509 Assinatura e carimbo do profissional:

Paula Aguiar Carinho
Enfermeiro
114 731 COREN - AM

Complexidade Assistencial	Pontuação
Intensivo	Acima de 31
Semi-intensivo	27-31
Observatório	21-26

1509

SUS Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL DAS CLÍNICAS** 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

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. Fem. 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: _____ 18 - UF: **RR** 19 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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: **S51.820** 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: **000.000** 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **INTERNAÇÃO HOSPITALAR** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

29 - CLÍNICA: **MÉDICA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____ 31 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPT 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPT) 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**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - CIOB: _____

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

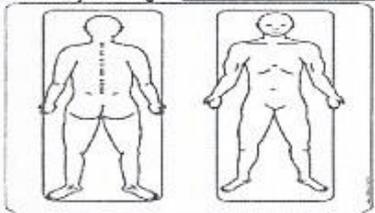
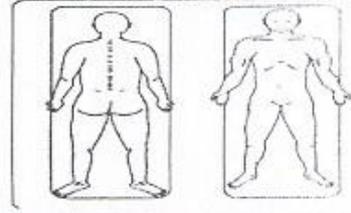
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

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

Nome: <u>João Teodoro</u>					
DATA:	Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		
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	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: Seus Roberto dos Santos HD _____
 DATA: 29/09/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 309 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM									
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <th>CATETER CENTRAL</th> <th>SIM () NÃO ()</th> <th>LOCAL</th> <th>DATA</th> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table> SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____ DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	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 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 SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONVERTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO () OUTROS		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECERA ELEVADA ____ () ASPIRAR VAS /TOT____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () 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 JEIUM A PARTIR DAS: ____ H () REALIZAR DEXTRO ____/____ HOPAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () 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	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA														
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	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 () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____				TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMULOS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () IACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR () PERUSÃO 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: () INTRAÍDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () HÍSTERIDO () TÊNDO () AGUDO () VAS PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/MÚRMULOS/PNEUMOS: () NORMAL () PARVIA () CONSTIPAÇÃO () TÊNDO APARELHO GENITURINÁRIO/URINÁRIO													

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA :</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:</p> <p>DATA 22/02 HORA :</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 - TEC ENFERMAGEM:</p>	

Realização de curativos e administração de medicação.

Paciente em leito em Repouso Medicado c-8 m de brônquios (apoiado) Ventilação Simples Vt 400ml. Sem queixas durante a plantão.

Christiane Alves da Silva
 Tec. em Enfermagem
 COREPROF 502.076

Realizado SSW e medicações, e aguçou curativos.

Alb



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	23/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SUD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14h/22h <i>96</i>
4	TILAFIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SU
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				96
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SU
14	CURATIVO DIARIO				manhã
15	DEXTRO 6/6HS				14h/22h <i>96</i>
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.

PA - FC T: EID

SINAIS VITAIS				
6 H	100/70	72	36.0	- +
12 H				
18 H	140x90	89	36.0	+ +
24 H	160x60	70	36.0	+ +

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

dentro 24h 178 mg/dl

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ortopedista/Traumatologista
 CRM-RR 15187 RQE 684

*Dextro 273 as 12hs.
 feito 2UI*

*Dextro
 as 18hs
 264/2UI feito*



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	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/20h 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 DIARIO				
15	DEXTRO 6/6HS				manhã
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				12h/20h 06h
17					20
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 CIRURGICA'

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	+ +

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

manhã 24h 17.5 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

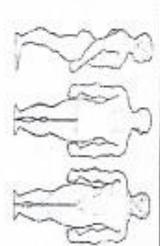
nome: Wenderson dos Santos HD

DATA: 23/02/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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? _____

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 () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS 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 () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILIOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
() HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

LESÕES

() RISCO DE INFEÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO 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
() 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
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DEFICIT CARDÍACO DIMINUIDO

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() ASPIRAR VAS /TQT _____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() 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 ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEMARILHAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DENUTRIDO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSE () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NIVEIS/RESÍDUOS: () HÍDRICO () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () ICTERICIA
AFECÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>TARDE:</p> <p>DATA: 23/10/2019 HORA: 20:00</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>Presença no leito com fratura fechada do fêmur (E). Realizar o curativo pelo método de curativos e observar a vitalidade, o pulso, a temperatura, a dor e a presença de sinais de infecção.</p> <p>Suzelita R. Siqueira Enfermeira COREN-PA 395.9872-PA</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>Presença no leito com fratura fechada do fêmur (E). Realizar o curativo pelo método de curativos e observar a vitalidade, o pulso, a temperatura, a dor e a presença de sinais de infecção.</p> <p>Jucilely Aguiar Coutinho Enfermeira COREN-PA 144731</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>Presença no leito com fratura fechada do fêmur (E). Realizar o curativo pelo método de curativos e observar a vitalidade, o pulso, a temperatura, a dor e a presença de sinais de infecção.</p> <p>Jucilely Aguiar Coutinho Enfermeira COREN-PA 144731</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA: 23/10/2019 HORA: 18:00</p> <p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Part. no leito com curativos pelo método de curativos pela manhã.</p> <p>Ana Paula</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>Part. no leito com curativos pelo método de curativos pela manhã.</p> <p>Ana Paula</p> <p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA: / / HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>Part. no leito com curativos pelo método de curativos pela manhã.</p> <p>Ana Paula</p> <p>ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>

M2 ANE
COPERTM



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				
DIAGNOSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	24/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
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				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 DIARIO				12-18-24-06/2
15	DEXTRO 6/6HS				20
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

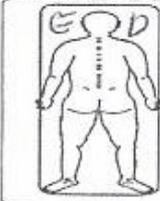
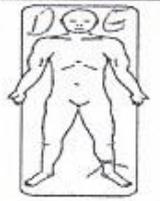
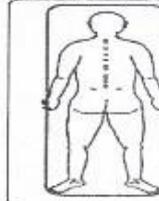
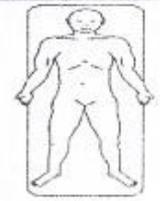
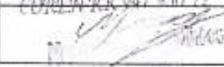
Dr. Elden Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

appt 12hs dextro 33mg/dl

SINAIS VITAIS	PA	FC	D	E	FR	temp
6 H	96x70	82	-	-	-	36.2°
12 H	131x79	65	+	+	20	36.2°
18 H						
24 H	140x97	82	+	-		36.3°

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

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

Nome: João Todorero dos Santos			
DATA: 24/02 <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: _____	<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 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"/> 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	<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"/> 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	
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 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 (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 09:46h <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	25/02/13		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  Elenice Lopes de Sousa CONVENIEN 047 056 PE	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.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA 24/10/19 HORA 14:00</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA 24/10/19 HORA 14:00</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>Reunite no leito, faz higiene Caring ao nível de 5B sig/del; mas foi cedimentos a seguir por o paciente comar frei e vamos a no foi preciso para a exames.</p> <p>Suorilits R. Steiro Enfermeira COREN/PR 386.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Reunite no leito, faz higiene Caring ao nível de 5B sig/del; mas foi cedimentos a seguir por o paciente comar frei e vamos a no foi preciso para a exames.</p> <p>Suorilits R. Steiro Enfermeira COREN/PR 386.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Pront no leito com comportamento palpando tórax de AIP com SGLCO 21/150 curtos e curtos e seu um segue os critérios de urgência.</p> <p>Flávia Lopes COREN/PR 5517456-TE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Pront no leito com comportamento palpando tórax de AIP com SGLCO 21/150 curtos e curtos e seu um segue os critérios de urgência.</p> <p>Flávia Lopes COREN/PR 5517456-TE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>Seu atendimento</p> <p>Flávia Lopes COREN/PR 5517456-TE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Seu atendimento</p> <p>Flávia Lopes COREN/PR 5517456-TE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Pront no leito com avaliar de 21/150 segue os critérios</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>Pront no leito com avaliar de 21/150 segue os critérios</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>

329

F



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				montes
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 H				Próxma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				AT
15	DEXTRO 6/6HS				18.06.06.
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, TOSSE OU DIARRÉIA. TUPNEICO, LOTE, BÉG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

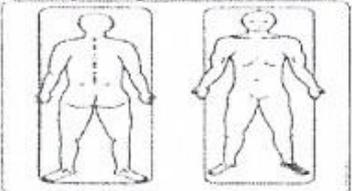
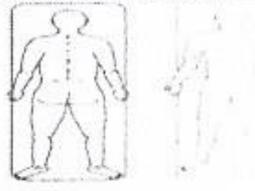
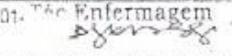
SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	B	DT
6 H	140/80	79	18	36	-	-	83
12 H	130/80	76	18	36,2	+	+	183
18 H	120/70	75	17	36,6	+	+	
24 H	120/70	75	17	36,6	+	+	144

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

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

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

Nome: João Teodoro dos Santos

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 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 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 estacole <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacole <input 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	<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 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"/> à 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"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<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 0,5% <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 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	
Nota 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	<u>Andréia Gomes Gonzaga</u>		
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01. <u>Tec. Enfermagem</u> 	02.	03.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Elzair M. Lima</u> Enfermeiro COREN/RR 366939		
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Tec, 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: 25/09/2019 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETTO: 335 • 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: 27/09	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1-FERIMENTO 2-ABRASSÃO 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: () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () RÉRVIAS () OBRSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____			
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO RUIPES: () PRESENTES () AUSENTES () SIBLOS FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚMURIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIPES ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: HÍDRATAÇÃO: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMAL () 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 () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTONIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA			
DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TIOCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBRSTUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA QUEBAS () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO () OUTROS: _____		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VAS TQT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA MÁUSEAS 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 ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H () REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETO () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____ H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. () OUTROS	

1122
 Enfermeira
 Catearina Reis

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ATAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Recebeu no leito sinais vitais, aferiu a pressão sem febre, oligúria, sem intercorrências, ocular sem sinais de alterações, funções genitoféricas ausentes.</p> <p>Elza B. de Brito Enfermeira COREN/RR-30665</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>Realizado Sinais vitais e medicações. O paciente sem queixas no momento. Funções fisiológicas em regular seguimento com cuidados de enfermagem.</p> <p>Ma. Amália COREN-RR 778 086 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA / HORA</p>
<p>NOTA: Paciente desorientado com febre, oligúria, sem alterações, etc.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>NOTA: Sem intercorrências</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA / HORA</p>

Recebeu no leito sinais vitais, aferiu a pressão sem febre, oligúria, sem intercorrências, ocular sem sinais de alterações, funções genitoféricas ausentes.

Elza B. de Brito
Enfermeira
COREN/RR-30665

Ma. Amália
COREN-RR 778 086
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	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				2x 28 0%
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMÁL 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				0%
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Roraima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMI G				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				12 16 24 0%
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 GH: TFI base

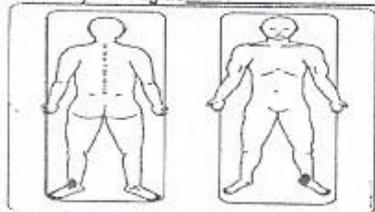
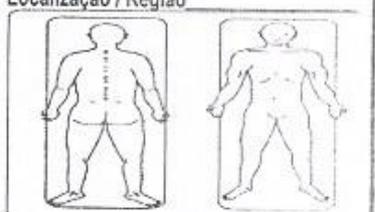
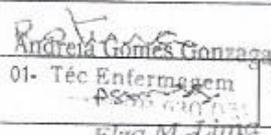
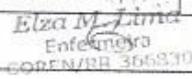
	P.A	FC	TA	TA	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	122x80	78	18	36,2	+	+	51
12 H	120x80	64	18	36,98	+	+	112
18 H							
24 H	103x70	80	18	36,3	+	+	189

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

27 08 16
DXT = 384 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração:	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 328			

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 02.10.19 <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 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"/> Som 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 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 (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	01-  02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	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: _____ HD _____

DATA: 26/02/19 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)	DATA: _____		
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____	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: () 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 () RAZDÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____	
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO			
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			
MÚRMUBIOS VESICUALES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:			
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			
APARELHO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			
PERFUSSÃO 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 () TENSO () AGUDO () VMO PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/VÍMEROS/EPÍODISOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA			
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: _____			
ESTIMULADA () ESTIMULADA () DISTURBADA () INIBIDA () CONCENTRADA			
DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA (X) ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO Desequilíbrio da (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 () DIARRÉIA () 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 () DEGRUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO () OUTROS: _____		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/16</u> # () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VIAS/TQT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA (X) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS (X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> / /</u> H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. (X) 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 _____ / _____ HORAS (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> / /</u> H (X) 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 Cuidado Químico em unidade de internamento em ambiente controlado hidrológico. Ingestão satisfatória, não há náuseas e vômitos, oculto hem. Afeição. Função fisiológica mantida.</p>	<p>18/10/19 08:10</p>	<p>Realizado SSVL+ DXT (piter e pte) e 5 glicoseo digitim. Segue em cuidados de enfermagem.</p>	<p>18/10/19 08:10</p>
<p>TARDE:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>TARDE:</p>	<p>DATA / HORA</p>
<p>NOITE:</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>NOITE:</p>	<p>DATA / HORA</p>

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:


 Thairani S. Rêder
 Enfermeira
 T.E.C. 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 27/2/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
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	habitu
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
14	CURATIVO DIARIO	
15	DEXTRO 6/6HS	15/2/06
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 E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACELIANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NÉGA QUEIXAS ÁGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	E
6 H	112/74	70	19	36.0	+	-
12 H	120/80	72	19	36.5	+	+
18 H	120/80	80		36.0		
24 H	130/80	73	20	36.1	+	+

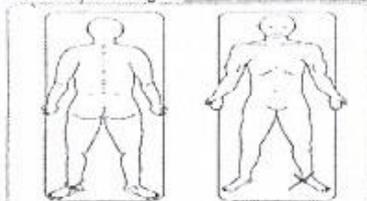
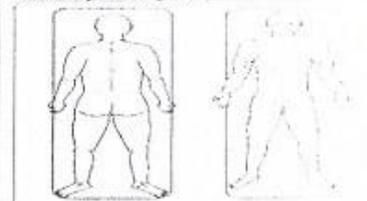
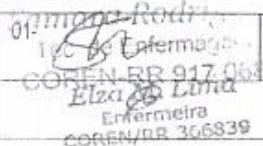
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

24h de 206mg/dl 2UI realizado 2UI insulina regular

Dr. Pedro De Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 18.15 / RQE: 664

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

Nome: **João Teodoro dos Santos**

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 checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	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 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	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	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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Horário do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs 20.02.19	Horário do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:	01-  02-	01- 02-	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 avaliadas separadamente.



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

NOME: Paulo Sergio de Souza HD _____
 DATA: 27/09/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETTO 303 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA	
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL	DATA	<u>23/02</u>
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()	DATA: _____	DATA:	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)	QUAL? _____	DATA:	
DRENOS? SIM () NÃO (X)	QUAL? _____	DATA:	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1-FERIMENTO 2-ABRAÇÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA - 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO			
ULCERA 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 () COMATOSO () 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 () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS: _____			
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOER INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO			
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO			
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERIORES () SIBILOS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:			
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA			
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 () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA			
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: _____ () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVU () LIMPIDA () CONCENTRADA			
DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INJEÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA (X) ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () TADIGA () 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 DIMINUIDO () OUTROS: _____		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>16</u> H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VAS /TQT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA (X) ATENTAR PARA QUERAS ALGICAS (X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA (X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE <u>1</u> / <u>1</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 JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETTO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> / <u>1</u> H (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS _____	

COPIA DE _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
<p>MANHÃ: DATA / HORA : Paciente estável, queixa contida sem queixas específicas, não há náuseas, vômitos ou febre. Sem intolerância, oito banhos pessoais, higiene pessoal adequada. Dr. M. Lima Enfermeiro 917-098</p>	<p>MANHÃ: DATA / HORA : Paciente em repouso no leito, afebril, não apresenta queixas específicas, não há náuseas, vômitos ou febre. Sem intolerância, oito banhos pessoais, higiene pessoal adequada. GORENRRR 917-098 Td de enfermagem</p>
<p>TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: 14:30 Realizado a troca A.V.P com A.22 16:00 Paciente fora do leito</p>
<p>NOITE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: Realizada troca de lençóis e roupas de cama, higiene pessoal adequada, no momento.</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	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
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				horário de leito.
15	DEXTRO 6/6HS				38/10/06/13
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				

VOI LICÃO 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 CIRURGICA

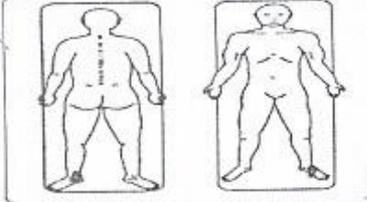
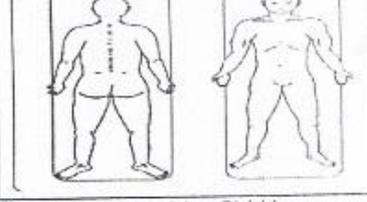
Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
RQE 1511

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

[Handwritten signature]

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

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>28.02.19</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	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	<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 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <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	<u>Andréia Gomes Gonzaga</u> Téc. Enfermagem		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Elisa M. Lima</u> 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.



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

NOME: Doña Luciano dos Santos HD _____
 DATA: 28/02/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS CATETER CENTRAL: SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA _____ CATETER PERIFÉRICO: SIM (X) NÃO () LOCAL _____ DATA <u>27/02</u> Sonda vesical: SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA: _____ Sonda nasogástrica: SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA: _____ Sonda nasoenteral: SIM () NÃO (X) LOCAL _____ DATA: _____ DRENOS? SIM (X) NÃO () LOCAL _____ QUAL? _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____		DIAGNÓSTICO <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 DESEQUILIBRADA <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO 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"/> DÉFICIT 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"/> EQUILIBRIO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO FÍSICA SEM DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT _____ <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 PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO 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 JEIUM A PARTIR DAS: _____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <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 (T) DIFERENÇAS ATIVIDADE FÍSICA. _____ <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"/> EQUILIBRIO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO FÍSICA SEM DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS
LESÕES 			
EXAME FÍSICO DO PACIENTE 1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU () 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: (X) NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____			
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: <input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL			
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO () A. () B. () C. () D. () E. () F. () G. () H. () I. () J. () K. () L. () M. () N. () O. () P. () Q. () R. () S. () T. () U. () V. () W. () X. () Y. () Z. ()			

ASSINADO DIGITALMENTE POR
 PAULO SERGIO DE SOUZA
 PAULO SERGIO DE SOUZA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

MANHÃ:

Realizado simulação médica com o p.m. funções psicológicas nos meses.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

TARDE:

Realizado simulação vídeos de realidade virtual de monitor de funções psicológicas realizado curativo deano

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

NOITE:

28 de pct simul com equipe em sala comitee dos cuidados de equipe

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

MANHÃ:

Realizado simulação médica com o p.m. funções psicológicas nos meses.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

TARDE:

Realizado simulação vídeos de realidade virtual de monitor de funções psicológicas realizado curativo deano

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

NOITE:

28 de pct simul com equipe em sala comitee dos cuidados de equipe

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA: 11/10/2019 HORA: 13:00

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC
DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____
PACIENTE: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO
ALERGIAS: NEGA
HAS: NEGA
LEITO: 329
DATA: 1/3/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	DIÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	Suín
2	ACESSO VEINOSO PERIFÉRICO	Suín
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	FXO
4	TIATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SU
6	TRIMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SF DOR INTENS	SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Radimg
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAID > 110 MMHG	SU
12	CURATIVO DIÁRIO	SU
13	DEXTRO 6/6HS	SU
14	AMTRIPITILINA 25MG VO À NOITE	SU
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 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO B.M. À DIETA ORAL OBTIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARRÉIA, CUPNICO, LOTE, BFG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM-RR 551702/04
Oftalmologista

SINAIS VITAIS	CA	FC	FR	TA	DI	DI	DI
6H	130	75	18	120	36	10	10
12H	130	85	18	120	36	10	10
18H	130	80	18	120	36	10	10
24H	130	74	18	120	36	10	10

<p>Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/EI/PTO: 300</p>		<p>Comissão de Curativo - IIC</p>			
<p>Protocolo nº 1 Versão: 06</p>		<p>Acompanhamento das Feridas</p>		<p>Data da Elaboração: Fevereiro 2013</p>	
<p>Nome: <i>João Teodoro dos Santos</i></p>		<p>DATA: 02/03/19</p>		<p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	
<p>Localização / Região</p>		<p>Localização / Região</p>		<p>Etiologia</p> <p>Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p>neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra</p> <p>cm Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p> <p>cm Largura: _____ cm</p> <p>cm Profundidade _____ cm</p> <p>com estacão <input checked="" type="checkbox"/> com estacão</p> <p>tecido necrótico <input type="checkbox"/> tecido necrótico</p> <p>seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p>úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p>Seroso <input type="checkbox"/> fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p>Sím <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a boca do leito</p> <p>sem odor <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p> <p>Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entemia / Rubor</p> <p>Purido <input type="checkbox"/> Outras</p> <p>Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p>Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%</p> <p>Outro: _____</p> <p>Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/></p> <p>Data da Próxima Troca: 02/03/19</p> <p>Em caso de + de 24hs</p> <p>Combo e ass. _____</p> <p>Tec. em Enfermagem _____</p> <p>Combo e Assinatura _____</p> <p>do Enfermeiro _____</p>	
<p>01- _____</p> <p>02- _____</p>		<p>01- <i>02/03/19</i></p> <p>02- <i>02/03/19</i></p>		<p>01- <i>02/03/19</i></p> <p>02- <i>02/03/19</i></p>	
<p>OBS: _____</p>		<p>OBS: _____</p>		<p>OBS: _____</p>	
<p>(Es: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs)</p>		<p>(Es: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs)</p>		<p>(Es: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs)</p>	

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

NOME: João Luciano De Brito HD _____ LEITO: 339 ALÉRGICO? _____
 DATA: 01/02/19 SEXO: M (F) IDADE: _____ PESO: _____ KG.

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
LESÕES			
CONTROLE DE CATERES E SONDAS			
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL		
CATERER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO () LOCAL		
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	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 (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 () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS:			
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO			
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS			
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 () DIMINUÍDA			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME			
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____			
APARELHO GASTROINTESTINAL			
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO			
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABOBME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.MG PALPAVEL			
ESTIMULAÇÕES: () AUSENTES () PRESENTES () NORMAL () TORRENTIAL () EXCESSIVO () MELIOR			
APARELHO RENAL/URINÁRIO/PUPIRRE			
DIURIA: () AUSENTE () PRESENTES () NORMAL () TORRENTIAL () EXCESSIVO () MELIOR			

MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/16 H
 MANTER MONITORIZAÇÃO
 MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
 ASPIRAR VAS /TOT _____
 VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
 OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 VERIFICAR E REGISTRAR EDEIMAS
 AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
 ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS
 REALIZAR DEXTRO 1 HORAS
 ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 ORIENTAR AUTOCUIDADO
 REALIZAR BANHO NO LEITO
 REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 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>Realizada a avaliação da evolução do paciente. Paciente em ambiente hospitalar. Condição clínica satisfatória. Sem febre, tosse ou outros sintomas. Sem alterações fisiológicas relevantes.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: <small>GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ</small> <small>CONSELHO DE ENFERMAGEM</small> <small>ENFERMEIRO</small> <small>BRUNO M. DE OLIVEIRA</small></p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>Realizado o exame físico e realizado o registro de enfermagem. Sem alterações fisiológicas relevantes.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: <small>GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ</small> <small>CONSELHO DE ENFERMAGEM</small> <small>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</small> <small>LÍDIA DE SOUZA SANTOS</small> <small>COORDENADORA</small> <small>1251555-TE</small></p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: <small>GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ</small> <small>CONSELHO DE ENFERMAGEM</small> <small>ENFERMEIRO</small> <small>BRUNO M. DE OLIVEIRA</small></p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: <small>GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ</small> <small>CONSELHO DE ENFERMAGEM</small> <small>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</small> <small>LÍDIA DE SOUZA SANTOS</small> <small>COORDENADORA</small> <small>1251555-TE</small></p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>		

SINAIS VITAIS		P	T	R	S	E
6 H	115x76	76	36.3	36.3	+	
12 H	120x80	80	36.3	20	+	
18 H	160x100	87	36.8	28	+	
24 H	170x110	91	36.5	30	+	

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SDA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SDA
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	SDA
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SDA
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SDA
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SDA
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SDA
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SDA
10	SSV + CCGG 6/6 H	SDA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SDA
14	CURATIVO DIARIO	SDA
15	DEXTRO 8/8HS ACROV. F.T.P.	SDA
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	SDA
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	

08

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



HC

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



NOME: JOÃO TEODORO DO AMARAL HD 329
 DATA: 02/03/19 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____	() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____	() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____	() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____	DATA: _____	() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT _____
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA -6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III		() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA		() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA		() FADIGA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA		() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
OBS: _____		() RISCO PARA QUEDAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO		() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO		() DIARREIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO		() CONSTIPAÇÃO	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS _____ H
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS		() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:		() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA		() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA		() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA		() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
APARELHO CARDIOVASCULAR		() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM _____
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA		() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME		() DEGRADATION PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTENSIDADE DA ATIVIDADE FÍSICA.
PULSO: () ADIRMACARDICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE		() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	() OUTROS _____
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____		() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	
APARELHO GASTROINTESTINAL		() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	
APETITE: () AUMENTADO () DIMINUIDO () AUSENTE () ESTADO NUTRICIONAL () INTRITICO () DEGRADADO		() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	
R.H.A: () PRESENTES () AUSENTES		() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	

UNIDADE DE SAÚDE ENFERMAGEM

SERVICIO DE ENFERMAGEM

MAQUIA

MAQUIA
realizado tratamento para de
leucoplasia, item 15 no liberação para
uso da fita na ferida.

MAQUIA
HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
18/10/2019 15:10

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE:
DATA / HORA

TARDE:
DATA / HORA

SSM afundado, item 03 administrado
as 18h, realizado curativo na PA com
fenol, item 12.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
18/10/2019 15:52

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

NOITE:
DATA / HORA

NOITE:
DATA / HORA

AS: 18h -> paciente não apresenta alteração
na evolução, medicações conforme
prescrição

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

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

NOME: Walter Trindade HD _____ LEITO _____ ALÉRGICO ? _____
 DATA: 2.10.19 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
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 NASOENTRAL: 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- 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: _____			
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () 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 () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMACARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____			
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BEM () INTERMEDIÁRIO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () SEM PALPÁVEL FERVAOES: () NUNCA () RARAS () FREQUENTES () TROPAS () SOBRES () CONSTIPADO () DIARREIA APARELHO ORTÓTICO E PROTÉTICO: _____ APARELHO PROTÉTICO: _____			
RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATORIO 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 TERAPÉUTICO () 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 () DESLITIGIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTE PREJUDICADO () NÍVEL DE CUIDADO DIMINUIDO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VIAS /TOT _____ () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () 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 ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ HORAS () 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 CONFORTE () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. () OUTROS _____	

APARELHO ORTÓTICO E PROTÉTICO: _____
 APARELHO PROTÉTICO: _____

OK 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	335	DATA	13/2019
TIEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5M
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CLIFPIME 1G EV 8/8H				12:00
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 SF DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELO MANHÃ EM JEJUM				06
9	GIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				11
15	DEXTRO 8/8HS				16:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME: 1 SOLI MA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 mg/dl, GLICOSE: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1926/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E
08H	130x80	80	20	36.5C	+	+
12H	120x80	73	18	36.5C	+	+
13H	130x86	96	18	36.6C	+	+
24H	110x80	79	18		+	+

Dextro 08:00 = 50mg/dl
de urina e glicose

Dextro 09:00 = 140mg/dl

Mª Ana
Cientista de Saúde
CREF 776

Dextro 24 h = 107

Dextro 08 h -> 57 mg/dl -> paciente recusa glicose, vai fazer alimentação, sem alterações

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA _____ HORA _____	MANHÃ:	DATA _____ HORA _____
<p>Realiza a troca, observando o nível de curativos nomolens, curado hidratado. Sem febre Sem intercorrências. nota por 1 hora sem intercorrências. bom estado de saúde funções fisiológicas mantidas.</p> <p>Elza Maria Enfermeira COREN/RN 568334</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA 17/10/19 HORA 08:00</p>	<p>Realizado sinovio + massagem de joelho. sem dor. sem intercorrências. bom estado geral - o momento</p> <p>MA Amelia Coren/RN 778.000 ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM: DATA 17/10/19 HORA 08:00</p>
<p>Realiza no leito, com postura do leito em decúbito lateral, com boa oxigenação, com saturações e exames físicos</p> <p>Suzanna R. Silvino Enfermeira COREN/RN 366 892-016</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA 17/10/19 HORA 08:00</p>	<p>Realiza no leito, com postura do leito em decúbito lateral, com boa oxigenação, com saturações e exames físicos</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM: DATA 17/10/19 HORA 08:00</p>

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM

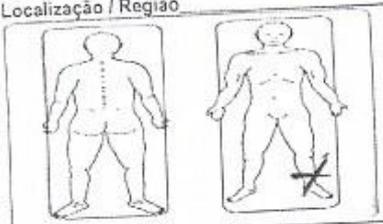
 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 329		

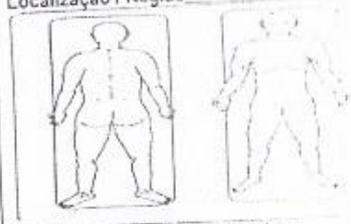
Nome: **José Tendo de Santos**

DATA: **04/03/19**

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: 

Localização / Região: 

DATA: GRAU - I GRAU - II

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra: _____

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: Tecido de granulação com esfacelo Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguíneo

Dor: Sim Não

Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Periférica: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras _____

Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 0,2% Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____

Hora do curativo: Manhã **09:35** Tarde

Data da Próxima troca: **05/03/19**

Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem: **Elizete Lopes de Sousa** COREN/RR 947.056-17

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **Elza B. Lima** Enfermeira COREN/RR 360839

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 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	5/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SVD	
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 DIARIO				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. Eider Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1533/RR

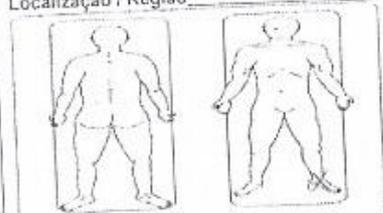
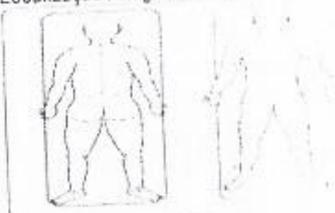
SINAIS VITAIS	PA	RC	Q	Temp	
6 H	119x75	66	19	36.0°C	
12 H	130x80	77	19	36.9°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Dextro = 2.53mg/dl
 DXT = 0.83mg/dl

17% Dextro 2.53mg/dl corrigido 4.4UI R.

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

Nome: **João Teodoro dos Santos**

DATA: 05/03/19 <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 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	<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
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	<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 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 _____	<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 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: _____	<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 09:15 <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs 06/03/19	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- Faustino 02-	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	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 _____
 DATA: 05/03/19 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA
CATERER CENTRAL			
CATERER PERIFÉRICO	SIM (x) 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-PLATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7-AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>limbo do 1º grau</u> () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()			
CABEÇA: <u>CONSCIENTE</u> () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u>CONSCIENTE</u> () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: <u>REAGENTES</u> () NÃO REAGENTES () ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIDRIÁTICAS ACUIDADE VISUAL: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: <u>PERVIAS</u> () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: <u>FAVORÁVEL</u> () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS: _____			
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: <u>SIMÉTRICO</u> () ASSIMÉTRICO RÍTIMO INSPIRATORIO: <u>SIM</u> () NÃO () FREQUÊNCIA: <u>EUPNEICO</u> () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: <u>AUSENTES</u> () PRESENTES () TOSESSE: <u>AUSENTE</u> () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIDOS ADVENTÍCIOS: <u>AUSENTE</u> () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: <u>HIDRATADA</u> () ÚMIDA () DESIDRATADA () <u>ROSA</u> () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: <u>HIPOTÉRMICA</u> () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: <u>REGULAR</u> () IRREGULAR () PERÍODO PERIFÉRICO: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: <u>FRÁTIL</u> () ARRITMICO () FILEDORME PULSO: <u>MONOFÁSICO</u> () BIFÁSICO () TRIFÁSICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: <u>radial</u> frequência: <u>74 bpm</u> APARELHO GASTROINTESTINAL AFETE: <u>NORMAL</u> () <u>INFLAMADO</u> () ESTÁTICO () <u>PRESENCIA</u> () <u>PRESENCIA</u> () EMBALAGENS: <u>INTEGRIAS</u> () <u>ABROMBES</u> ()			
DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFERMAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input checked="" type="checkbox"/> <u>ADIBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</u> <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO 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"/> AUTOSTÍMIA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <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"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input checked="" type="checkbox"/> <u>INTEGRIAS NA PELE PREJUDICADA</u> <input type="checkbox"/> RISCO DE Quedas <input type="checkbox"/> RISCO DE Quedas		<input checked="" type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /OTI <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS FÁGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERÍSSUS PERIFÉRICAS <input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTRIBE HÍDRICO DE <u>1</u> H <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input 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 JEJUN A PARTIR DAS: _____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO DE ASPERÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>1</u> 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 ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> Quedas	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		A. AÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>TARDE:</p> <p>ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: 05/10/2019 HORA: 16:00</p> <p>Paciente no leito 1075, suprao, qd foi agitado, demonstrando com auxílio de medicação, com curativo ocular e MT, fuscado hoje, acita bem dilata conjuntiva, sem queixas de prurido, segue cuidados físicos, segue com cuidados da equipe</p> <p>ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO:</p>		<p>TARDE:</p> <p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: 00</p> <p>paciente sem queixa, verificado 253 corrigido ventosus expulsum. (pdx)</p> <p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: 05/10/2019 HORA: :</p> <p>NOITE:</p> <p>Realizado SS.VV + medicações CPM + troca de Aulo P + DXT, segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	

ok 329.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DI		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	07/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E IAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				18/08/06
4	MILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100mg / SI 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SI DOR INTENSA				SN
7	FLASIL 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 + CCGG 6/6 H				Rodina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SI PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				16/08/08
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 SEM INTERCORRÊNCIAS. ACERTANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. EXAMES FISIOLÓGICOS PRESERVADOS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO 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
Rodina
Hauilo
San

Paulo Sergio de Souza Lima
Término de Exercício em
Corumbá-MS 25/02/18

16.42 Dextro 187 mg/dl
18.12 Dextro 196 mg/dl

Paulo Sergio de Souza Lima
Término de Exercício em
Corumbá-MS 25/02/18

[Handwritten signature]

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

NOME: Roberto dos Santos HD _____
 DATA: 06/08/19 SEXO: (M) (F) IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 325 * ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
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"/> LOCAL: _____ DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____ SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ 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 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 () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____	() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATORIO 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 () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGRADUÇÃO PREJUDICADA () CONTEÚTO PREJUDICADO () DÉBITO CARENTE OMIANUÍDO () OUTROS	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6 h</u> () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPRAR VAS /TOT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 TENSÃO 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 () OUTROS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FREQUÊNCIA: () EURTÉMICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CRADA () HIPOCORRADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA		APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERCUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO RÍMUS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNSO () AGUDO () VING PALPÁVEL ENTURDECIMENTO: () AUSENTE () PRESENTE () NÓDULO () DUREZA () ENGESTÃO () SILENTE		

Dia 06/08/19
 Enfermeira
 CORENE

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>Rorientada, julgado orientada, objetiva, eunucos Estado, hidratação, nega dor náuseas e vômitos, orientado bem auto higiene fisiológicas mentais</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / / HORA</p>	<p>06/10/19 14h</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / / HORA</p>	<p>Realizado sinais + medicações Copo em sem queixa de e incontinente.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA / / HORA</p>	<p>06/10/19 14h</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA / / HORA</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 EM ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>

Paula Maria de Souza
 Enfermeira
 COREN/SP 3668

Maria Amália
 Enfermeira
 COREN/SP 3668

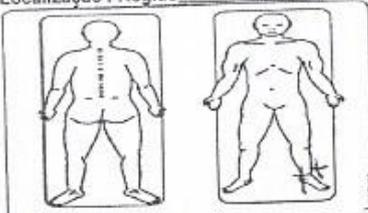
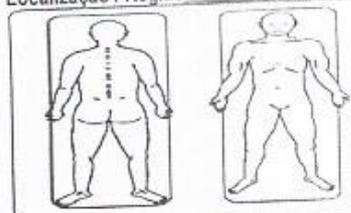
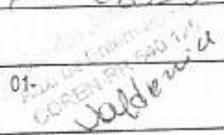
Paula Maria de Souza
 Enfermeira
 COREN/SP 3668

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

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

Nome: Jose Teodoro dos Santos

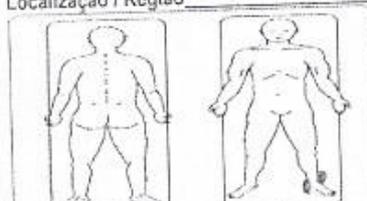
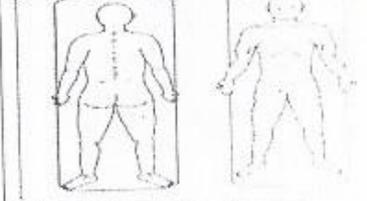
DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input 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: _____	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Tamanho da Ferida:	<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	
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	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" 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 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 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 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>08:29</u> <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- 	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.

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

Nome: João Teodoro

DATA: 02/03/19

Localização / Região	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II 	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II 
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: <u>Diabete</u>	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 type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito: <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	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"/> Serosanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Odores: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Odores: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Características da pele Periférica: <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	Características da pele Periférica: <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
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: _____
Cobertura primária (colado 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 (colado 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 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
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
OBS:	OBS:

Carimbo: **Valda Cardoso da Silva**
 Aux. de Enfermagem
 COREN - RR 00043547

Assinatura: **Elza Lima**
 Enfermeira
 COREN/RR 360830

CDIA, 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: Soto Roberto dos Santos HD _____
 DATA: 07/04/15 SEXO: M () F _____ IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 329 * ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					<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"/> RISCO PARA ALIMENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESORIENTAÇÃO 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"/> AUTOSTÍMIA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIT DO AJUTO 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"/> INTERFERÊNCIA DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> INTERFERÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> INTERFERÊNCIA NA MOBILIDADE		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>12</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCÍNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS AIGICAS <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE <u>1</u> 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 E REGISTRAR DISTENSAO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUNV A PARTIR DAS _____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO: <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVA DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTABILIZAR DE AMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTERFERÊNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS:							
CATERER CENTRAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL _____ DATA _____ CATERER PERIFÉRICO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL _____ DATA <u>03/04</u> SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____ Sonda nasoesférica: 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- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCÍNCIA _____ NÍVEL DE CONSCÍNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____					TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO _____ EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO _____ DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO _____ FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> NEURVÉNICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS _____ CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____ <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA <input type="checkbox"/> CANTÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA _____ APARELHO CARDIOVASCULAR _____ RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR () _____ PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME PULSO: () NEVASCARICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL _____ APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () BAIXO () AUSENTE ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DEFICITARIO () GRAU I () GRAU II () GRAU III ESTIMULO: () PRESENTE () AUSENTE () INTERMITENTE () FLETIVO () INTERMITENTE () FLETIVO () GRAU I () GRAU II () GRAU III				

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	AÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: 07/10/2019	DATA: 03/10/2019
<p>Resente atende a orientação de nível Enuresis com a frequência, comunicativa Sem queixas calçaria neta no ar e vômitos, Regas hec ocultos de aula e com frequência. Sem alterações pontos fisiológicos normais.</p>	<p>Pete atende a 5º queixas abster Segue aos cuidados de enfermeira gem.</p> <p><i>C. Carolina D. Santos</i> TÉCNICO EM ENFERMAGEM Nº 633.897-7</p>
<p>TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>
<p>NOTE: DATA / HORA : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOTE: DATA: 03/10/2019 HORA: 20:00 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>Paciente no 1º dia após procedimento, evoluiu para a 1ª e administração em 200mg, e PR sem queixas no momento.</p> <p><i>Neidiane V. Almeida</i> Técnica de Enfermagem COREN-PR 60220</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>



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

NOME: Paulo Frederico do Santos HD _____
 DATA: 08/02/19 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 329 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ CATETER CENTRAL SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ CATETER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ SONDA NASOENTERAL: 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 () ALÉRTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PREGÁRIA OBS: _____	TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESHÍDRATA DA () CORADA () HIPOCORADA () FALUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () YACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR () PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FLUORVE PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () QUANTO () FAUVENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BASTANTE () DEFICIENTE () DESNUTRIDO FÉLDES: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLA _____ () DISTENSO () CONTRACTO () DOLOROSO () SILENCIOSO () RÍTMICO () IRREGULAR () AUMENTADO () DIMINUIDO () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES	() RISCO DE INJECCAO () PADRÃO RESPIRATORIO 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 () AUTOSTÍMIA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRUNCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTENSIDADE DE EFECUICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DESATENDIMENTO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VAS /TID _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 DISTENSO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACETAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () 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 () ESTABELECER DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA ATIVIDADE FÍSICA () ORIENTAR

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA :
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA :

13x90 mmHg FC 84 FR 20 SAT
 NO momento S/ queixas e Tolerante ao
 peso NO M.E. Diúrese presente de
 100ml Evacuou até 07mg/ml de
 fezes. ^{Joanna M. Silva R. Barros}
 queixas da Equipe. ^{Téc. Enfermagem}
 COREN-RR 551.943

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA :
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA :

NOITE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA :
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA :

Clínt. em lista Susc. de Queixas
 sem queixas no momento, clínt. sem
 queixas. Urina esta sem turbidez
 Temorale exames medicopais Oral
 sem se medicopais esta sem falta
 na hospital. 22 de 24 horas sem
 sem alterações no momento e sem queixas.

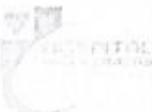
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

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

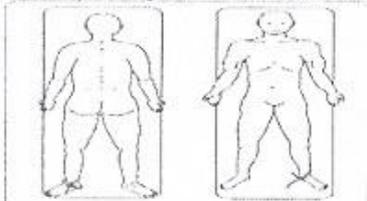
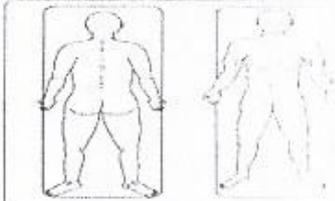
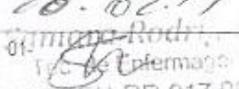
NOME: Paulo Sergio de Souza HD 309
 DATA: 23/02/2023 SEXO: () M () F IDADE 30 ANOS PESO 70 KG. LETO 309
 • ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS					<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 checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO 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"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DÉFICIT 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 DIMINuíDO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>16</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECERA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /OT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> 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	
CATERER CENTRAL SIM () NÃO (X) LOCAL DATA CATERER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL DATA SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: <u>23/02</u> SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) DATA:								
SONDAS NASOENTERAIS: SIM () NÃO (X) QUAL? DATA: DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? DATA:								
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 () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA OBS:								
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS								
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: (X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA								
APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINuíDA PULSO PERFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMACÁRDICO () 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 () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA								
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: (X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA								

ELIZAB. LITTE
 Enfermeira
 CORENRR 36839

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

Nome: José Teodoro dos Santos

DATA: GRAU - I 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"/> 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	
Apresentação 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	
Cor do 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	
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 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. Toc. em Enfermagem	01-  02- _____	01- _____ 02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Elza Lima Enfermeira COREN/RR 917.068 COREN/RR 766839		
OBS:		OBS:	

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

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNOSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HIAS
IDADE	LEITO	379
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HIAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H FIXO	SN
4	TRIAITIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SE 0.9% IV 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	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rolma
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	SN
12	CURATIVO DIARIO	SN
13	DIETARIO 6/6HS	SN
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	SN
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	

Handwritten notes:
 Fixo
 19/10/2019
 10h
 Rolma
 16/10/2019
 12h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 65170-0684

SINAIS VITAIS	P.A	FC	ER	TAX	D	GI	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
04H	130/80	75	18	360	+	+	MI	
12H	140/90	85	18	360	+	+	192mg/dl	
18H	150/90	80	17	360	+	+	192mg/dl	
24H	140/90	74	17	360	+	+	166mg/dl	

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
DATA	HORA
18/10/2019	17:00
MANHÃ:	
Realizado exame físico, avaliação de sinais vitais, orientação educacional, higiene, cuidados com a pele e ingestão de alimentos. Paciente em boas condições de saúde, sem alterações de humor, sem sinais de desidratação. Cabelos bem cuidados. CORRETORA 300883	
TARDE:	
DATA / HORA	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
NOITE:	
DATA / HORA	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
MANHÃ:	
Realizado Sinais vitais, avaliação de sinais vitais, ingestão de alimentos, higiene pessoal. Paciente em boas condições de saúde, sem alterações de humor, sem sinais de desidratação. Cabelos bem cuidados. CORRETORA 300883	
TARDE:	
DATA / HORA	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:
NOITE:	
DATA / HORA	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

28ho p/1. Paciente sem queixa sem
alterações de humor, sem sinais de desidratação. Cabelos bem cuidados.
CORRETORA 300883

Realizado Sinais vitais, avaliação de sinais vitais, ingestão de alimentos, higiene pessoal. Paciente em boas condições de saúde, sem alterações de humor, sem sinais de desidratação. Cabelos bem cuidados.
CORRETORA 300883



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

NOME: João Luciano dos Santos HD _____
 DATA: 28/02/15 SEXO: (M) () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 329 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA		() RISCO DE INEFCIAZ	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS	
CATER CENTRAL					() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() MANTER MONITORIAÇÃO	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS	
CATER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER CÂTECIRA ELEVADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)			DATA: <u>27/02</u>		() ANSIEDADE	() ASPIRAR VAS /OT	() MANTER MONITORIAÇÃO	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()			DATA:		() MEDO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	() MANTER CÂTECIRA ELEVADA	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)			DATA:		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS	() ASPIRAR VAS /TOT	
DRENOS: SIM () NÃO (X) QUAL?					() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() OBSERVAR PARA MÁUSEAS E VÔMITOS	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					() RISCO PARA LESÃO	() ATENTAR PARA MÁUSEAS E VÔMITOS	() ATENTAR PARA MÁUSEAS E VÔMITOS	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III					DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PERISSÃO PERIFÉRICA	() OBSERVAR PERISSÃO PERIFÉRICA	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO					() AÉREAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA					() FADIGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS					() RISCO PARA QUEDAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACITIAÇÃO DA DIETA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () FAZÁVEL () PRECÁRIA					() DIARRÉIA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
OBS: _____					() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA NO TETO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO					() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
MÚRMURIOS VESICULARES: () PRESENTE (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO					() IDOR	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS					() HIPOTERMIA	() ESTIMULAR DEMANDULAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
() CILINDRICA () ACILINDRICA () MACROCIANÓTICA					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
TEMPERATURA DA PELE: () NORTEPNEICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
APARELHO CARDIOVASCULAR					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () REGULAR ()					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
FREQUÊNCIA: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
FUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FORTÍSSIMO					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
PULSO: () NORTEPNEICO () TAQUICARDÍACO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
LOCAL DO PULSO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
APARELHO GÁSTRICO/INTestinal					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ABDOMEN: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() IDOR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPOTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() HIPERTERMIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() PREJUDICADA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:	
ESTIMULO: _____					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:		



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				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				M. do 06
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				08
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				DN.
14	CURATIVO DIARIO				08
15	DEXTRO 8/8HS ACABOU A FITA				08
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				08
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:

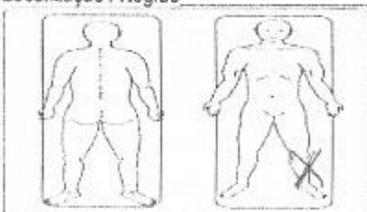
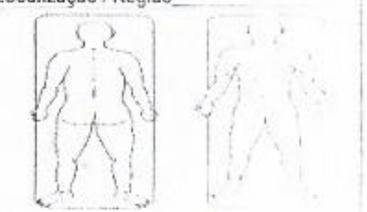
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

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	74	36.5°		+

Thiane Costa da Silva
 Tec. Enfermagem
 COREN-RR 021 102

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

Nome: João Leoberto dos Santos					
DATA: 03/03/19	Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		
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 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"/> 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 checked="" 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		
Doir:	<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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Outro: óleo de girassol		<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 10:24 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	03/03/19				
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- Blance Carla Regina de Elza M. Lima Enfermeira COREMUJUB 266939		01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	(assinatura)		(assinatura)		
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 Luciano dos Santos HD _____
 DATA: 01/10/19 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 395 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS				<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMAS <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"/> REGULÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBITO Cardíaco DIMINUIDO <input type="checkbox"/> DOUTOS:			
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____ CATETER PERIFÉRICO: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____ SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____ SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____ DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____				1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO DICERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III CABEÇA FÍSICO/ 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 () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____			
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚLTIPLAS VESICULAS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍMOS () ESTERTORES () SIBILOS				CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIpOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FULFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____			
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () MAUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () MOLE () VMS PALPÁVEL ELIMINAÇÃO: NÚMERO DE ESTRÍCLOS: _____ () BÓRRIA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () INTELVA AVERTIGAMENTO: () ABNOORMAL				PREJUDICADA () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VAS /TOT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSSÃO 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 JEIUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS () ORIENTAR AO BANHO DE ASPERSÃO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECBITO _____ 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>Rozelinda adôvel em toda a noite. Eucálico em o ambiente, nomeações: Caxado, hidratação. Sem febre, sem dores. Sem intolerância. Gerando bom nível glicêmico. Sem alterações fisiológicas relevantes.</p> <p>EMBA COR-RR-1251556</p>	<p>18/10/2019 15h</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>Rozelinda girou 4 vezes por volta de 10h. m. Sem febre, sem dor. Sem alterações fisiológicas. Sem alterações.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>18/10/2019 15h</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</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 EM ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

partiu no leito FF + realizou cuidados de higiene e medicações. CPM. Segue pela conduta de acompanhamento.

Liliana de Souza Santos

Técnica de Enfermagem
COR-RR-1251556 TE

329

 <p style="text-align: center;">SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC</p>						HC
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
MAGNÓSTICO	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 DIARIO				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

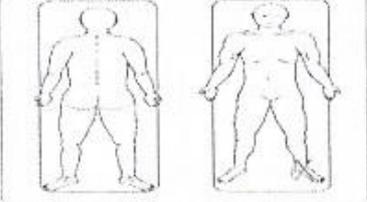
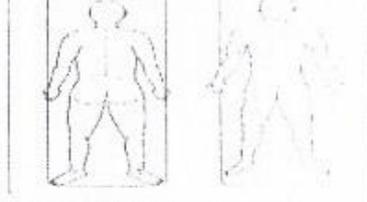

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 16227/R

SINAIS VITAIS	PA	RC	a	Temp	
6 H	116x75	66	19	36°C	 + Dextro = 253mg/100ml DXT = 083mg/100ml
12 H	13x80	77	19	36.9°C	
18 H	140x90	70	19	36.5°C	
24 H	131x88	75			

17:05 dextro 253mg/100ml corrigido 4/4 UI R.

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

Nome: *João Teodoro dos Santos*

DATA: <i>05/03/19</i> <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: _____	<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	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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Odor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<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 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	<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 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 _____	<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: _____	<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 <i>09:13</i> <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	<i>06/03/19</i>		
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <i>[Assinatura]</i>	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs. documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solution's 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 Roberto dos Santos HD _____
 DATA: 05/03/19 SEXO: (M) () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA		RISCO DE INEÇÃO			
CATERER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA LESÃO	(X) MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)		LOCAL	DATA		() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)		LOCAL	DATA		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() ANSIEDADE	() DIARRÉIA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)		LOCAL	DATA		() MEDO	() INCONTINÊNCIA	() CONSTIPAÇÃO	() MANTER MONITORIZAÇÃO
DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? _____		LOCAL	DATA		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA LESÃO	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		LOCAL	DATA		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) ASPIRAR VIAS TDI
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>coxa</u> <u>15º</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III		LOCAL	DATA		(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PUPILAS: (X) REAGENTE () NÃO REAGENTE (X) ISOCÓRICAS () MISOCÓRICAS () DIMINUIDA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE <u> </u> H
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () PREGÁRIA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
OBS: _____		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
EXPANSÃO: (X) SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) ESTIMULAR E REGISTRAR ACÇÃO DA DIETA
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS <u> </u> H
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR DEXTO <u> </u> / <u> </u> HORAS
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE AERSÃO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () SECA (X) CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR BANHO NO LETO
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) REALIZAR MUDANÇA DE DECBITO <u> </u> H
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMATICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
APARELHO CARDIOVASCULAR		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() PREPARAR PARA EXAMES, ENL: _____
RITMO CARDÍACO: (X) REGULAR () IRREGULAR ()		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONTOPO*
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() ESTIMULAR DEAMBULÇÃO
PULSO PERIFÉRICO: (X) RITMICO () ARRITMICO () FILIFORME		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() ORIENTAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA
PULSO: (X) NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSENTE		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() ORIENTAR
LOCAL DO PULSO: <u>radial</u> FREQÜÊNCIA: <u>74 bpm</u>		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	
APARELHO GASTROINTESTINAL		LOCAL	DATA		() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA LESÃO	

ACREDITADO: _____ DATA: _____
 RESPONSÁVEL: _____ DATA: _____
 ESTÁGIO: _____ DATA: _____

EVALUAÇÃO DO ENFERMEIRO	AÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MANHÃ DATA / / HORA	MANHÃ DATA / / HORA
<p>Ass. e Carimbo - Enfermeiro:</p> <p>DATA: 05/03/2019 HORA: 16:00</p> <p>TARDE:</p>	<p>Ass. e Carimbo - Tec. Enfermagem:</p> <p>DATA: 05/03/2019 HORA: 08</p> <p>TARDE:</p> <p>Realizado uma visita para verificar a situação e cuidados, junto ao paciente.</p> <p>Assinado</p>
<p>Ass. e Carimbo - Enfermeiro:</p> <p>DATA: 05/03/2019 HORA: 16:00</p> <p>TARDE:</p> <p>Pariente no leito 1074, repouso, em leito, separado, com cuidados com higiene pessoal, com curativos de feridas em MT, fralda hoje, acita bem deita, hidratada, sem queixas adicionais, ministras hidratação parenteral e cuidados da equipe.</p>	<p>Ass. e Carimbo - Tec. Enfermagem:</p> <p>DATA: 05/03/2019 HORA: 08</p> <p>TARDE:</p> <p>Realizado SSV e medicação CPM + Injeção de A.V.P. + DXT. Seguir com cuidados de enfermagem.</p>

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM