

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2713108620200514143941

Processo 0833372-94.2019.8.23.0010 ☆ - (209 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

Descrição:

37 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 37

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>⊞</div> 37	14/05/2020 14:39:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	37.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIAL01.pdf Público
	37.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo021.pdf Público
	37.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo022.pdf Público
	37.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo023.pdf Público
	37.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo024.pdf Público
	37.6 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo025.pdf Público
	37.7 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo026.pdf Público
	37.8 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2661812IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo027.pdf Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020) e ao evento de expedição seq. 35.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOÃO TEODORO DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
<div>⊞</div> 33	04/05/2020 01:31:58	JUNTADA DE LAUDO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA(Leitura automática em 16/04/2020 às 23:59)) em 04/05/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 30) HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020) e ao evento de expedição seq. 31.	SISTEMA CNJ
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/06/2020 (90 dias)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judiciário
		LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 11/02/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (17/01/2020 11:51:31). Parte: JOÃO TEODORO DOS SANTOS	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
<div>⊞</div> 28	11/02/2020 10:58:20	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (17/01/2020 11:51:31). Parte: JOÃO TEODORO DOS SANTOS	HELLEN KELLEN MATOS LIMA Oficial de Justiça
<div>⊞</div> 27	03/02/2020 10:40:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019)	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado
		DECORRIDO PRAZO DE JOÃO TEODORO DOS SANTOS (P/ advgs. de JOÃO TEODORO DOS SANTOS *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	SISTEMA CNJ
		DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 22) em 17/01/2020 11:51:31. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: HELLEN KELLEN MATOS LIMA. Parte: JOÃO TEODORO DOS SANTOS	JHEMENSON SANTOS FERREIRA Servidor Central de Mandados
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JOÃO TEODORO DOS SANTOS) em 23/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	SISTEMA CNJ
<div>⊞</div> 22	17/01/2020 11:51:31	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO(13/01/2020 09:56:25). Natureza: Intimação. Parte: JOÃO TEODORO DOS SANTOS. Identificador do Cumprimento: 0002	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
<div>⊞</div> 21	14/01/2020 09:14:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOÃO TEODORO DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judiciária
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judiciária
<div>⊞</div> 17	13/01/2020 09:56:25	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judiciária
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JOÃO TEODORO DOS SANTOS) em 12/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019) e ao evento de expedição seq. 13.	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019) e ao evento de expedição seq. 14.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019)	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOÃO TEODORO DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (03/12/2019)	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
<div>⊞</div> 12	03/12/2019 14:55:56	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
<div>⊞</div> 10	25/11/2019 09:04:06	JUNTADA DE PETIÇÃO DE EMENDA À PETIÇÃO INICIAL Cumprimento de intimação - Referente ao evento DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (23/10/2019)	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08333729420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO TEODORO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Assim, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas a perícia com o escopo de ser apurado o *quantum* devido em decorrência da lesão suportada.

DESTE MODO, A RÉ PROCEDEU COM O PAGAMENTO DA VERBA INDENITÁRIA NA MONTA DE R\$2.531,25 (DOIS MIL QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS) , VALOR ESTE CORRESPONDENTE AO PERCENTUAL DA INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE APRESENTADA PELA PARTE AUTORA EM SEDE ADMINISTRATIVA.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03905
CONTA: 000000006373-8

Nr. da Autenticação 76E004BEEC010C0B

Frise-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

APÓS A PERÍCIA MÉDICA, O LAUDO INDICOU A SEGUINTE LESÃO:

Seguimento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). em se tratando de dano parcial, Informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial completo. (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).b.2 ☒ Parcial incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1 do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MIE

☐ 10% Residual☐ 25% Leve☒ 50% Média☐ 75% Intensa

2ª Lesão

NO ENTANTO, FRISA-SE QUE ALUDIDA VERIFICAÇÃO REALIZADA NA SEARA ADMINISTRATIVA É REALIZADA POR PROFISSIONAL IMPARCIAL E TECNICAMENTE COMPETENTE, OBEDECENDO OS ESTRITOS LIMITES DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.

DESSA FORMA, TOTALMENTE DIVERGENTE A CONCLUSÃO DO PERITO JUDICIAL, CUJO LAUDO A RÉ IMPUGNA TOTALMENTE, DEVENDO SER ACOLHIDO O LAUDO ADMINISTRATIVO QUE SE TRAZ A DEMANDA.

DO EQUIVOCADO ENQUADRAMENTO NA TABELA

Em que pese a invalidez permanente indicada no laudo pericial, cabe observar que não foi atendida na íntegra a tabela de graduação prevista na lei.

ISSO, PORQUE CONFORME SE EXTRAÍ DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, A LESÃO AFETOU O TORNOZELO DA VÍTIMA.

laudo

Fratura torçao (E), evidenciada 5 meses, indicado tratamento cirúrgico, porém pro-

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A. "colisão de moto x moto" com queda da motocicleta. L.U.T.E. Referindo dor localizada em M.I.E. "Fratura em tornozelo". Realizada mobilização do Membro. Aferido SSV. Realizada Reabilitação com USO DE C.CERVICAL E TALAÇA RIGIDA, encaminhado ao Médico REABILITADOR E ENCAMINHADO AO Grupo Terapêutico.

Dados Clínicos:

Paciente do 6º ano de idade, vítima de lesão - lesões de torçao (E) nos membros

QUANTO A ISSO, VALE ESCLARECER QUE HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA, QUANDO O SEGUIMENTO DO CORPO É TORNOZELO:

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					

Com isso, requer a correta aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento do TORNOZELO, uma vez que a limitação não ocasionou a limitação de todo o membro, mas tão somente do seguimento TORNOZELO.

Portanto, deve ser observado o devido enquadramento, conforme o seguimento do corpo acometido pela invalidez permanente, de modo que perito deve fazer a relação, tabela-seguimento corporal, indicando o enquadramento conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.

CONCLUSÃO

Diante disso, requer que seja intimado o perito para que refaça o laudo pericial com a graduação correspondente ao seguimento acometido, ou alternativamente, que este juízo proceda com a aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento da tabela confirme quadro acima.

Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo em anexo, o qual indica o enquadramento correto conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



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

534984

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Nº: 020624/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Logradouro: Rua Rosas de Oliveira

Nº: 1338

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 a 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 9C2JA04207R023396, Renavam 00902383167, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando um cidadão desconhecido avançou a via preferencial em que se encontrava o comunicante, vindo a colidir com o mesmo. Que devido as lesões sofridas na colisão, foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado ao HGR par atendimento médico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Agente de Polícia

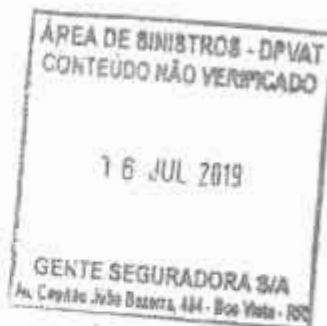
Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

João Teodoro dos Santos

(Vítima / Comunicante)

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



29 JUL 2019



GENTE SEGURADORA

Av. Celso José Batista, 404 - Boa Vista - RR

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

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Nº: 020624/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - São Luís Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1959

Profissão: Mecânico

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Teodoro dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 140653

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Rosas de Oliveira

Nº: 1338

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 9C2JA04207R023396, Renavam 00902383167, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando um cidadão desconhecido avançou a via preferencial em que se encontrava o comunicante, vindo a colidir com o mesmo. Que devido as lesões sofridas na colisão, foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado ao HGR par atendimento médico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

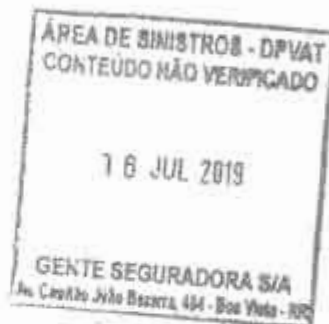
Agente de Polícia
Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

João Teodoro dos Santos

(Vítima / Comunicante)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Extensão do(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> QUALIDADE PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTO
2 - Número da sua ASU:	3 - CPF do titular	4 - Filme completo da vida	
	187-642-291-00	João Teodoro dos Santos	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/CONCERNIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIH/JULAR 403/P Nº 445/2013

[illegible]

7- Professor MATECANA: C. J.	8- Fullname: R. ROSA oliveira da silva	9- Nome: Rosa	10- Complemento: Rua
---------------------------------	---	------------------	-------------------------

1- Nome: <u>ROSA OLIVEIRA CHAGALHO</u>		9- Número: <u>1338</u>		10- Competência: <u>EXS</u>	
2- Bairro: <u>Interlagos</u>		12- Estado: <u>Rio de Janeiro</u>		15- Estado: <u>EXS</u>	
3- Rua: <u>Interlagos</u>		13- Cidade: <u>Rio de Janeiro</u>		16- Cód.:	

13 - Estado: PA 14 - CEF: 69-316730
15 - Teléfono: 69-316730

15 - TELEFONE: 099145031

17 - Nome completo do Representante Legal:

13 - CPF de Representação Legal

18 - CPF do Representante Legal

Declaro, sob as penas da lei, de não ter sido impedido no andamento administrativo, conforme comprovamos anexos (ANEXAR CÓPIA).

☒ NÚCLEO INFORMAR

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ☐ R\$5.000,00

☒ CONTRA POUÇANCA X ☐ CONTRA O COMÉRCIO DE DROGAS

☒ **CONTA POUÇANÇA** (somente para as seguintes instituições: Agência, CV=0,360)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ **CONTA CORRENTE** (todas as espécies)
 Nome da Agência:

Nome do BAIXADO: _____

AGÊNCIA: 3905 ☐ CONTA: 0006343 ☐ 8

[illegible]

Autorizada a Seg.adora L&A a creditar na conta bancária informada, central titularidade, o valor da indenização recebida em nome de SAGRE OPUSAT
 a que o nível de atas comprova a dívida desde a ocorrência das atividades de crédito, quitando-se do valor recebido

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRECIZAMENTO CONTINUA PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

CONTENIDO

☐ Não há MIL que aborde a questão de inclusão ou ex-
clusão de milícias no âmbito da segurança pública.

☒ O IML que atende a região do edifício ou da planta residencial não realiza pesquisas para fins do Seguro DPVAT; ou

10 O IML atende a pedido do acidente ou da milícia resoluções realiza perícias com prazo superior a 60 (noventa) dias, o que não ocorre no caso em tela, pois a perícia foi realizada em 12 dias.

1404 MCM. MS. 241 n. 205, sob o título "Sobre a possibilidade de análise do meu pe4o de indenização ao Seguro DPVAT por meio do pagamento de uma única parcela", em 1974, p. 120. O autor, o advogado brasileiro, afirma que a indenização devida pelo seguro DPVAT, no caso de morte, é de R\$ 100.000,00, e que a mesma pode ser paga em 12 parcelas mensais de R\$ 8.333,33, ou em uma única parcela de R\$ 100.000,00. O autor afirma que a indenização devida pelo seguro DPVAT, no caso de morte, é de R\$ 100.000,00, e que a mesma pode ser paga em 12 parcelas mensais de R\$ 8.333,33, ou em uma única parcela de R\$ 100.000,00. O autor afirma que a indenização devida pelo seguro DPVAT, no caso de morte, é de R\$ 100.000,00, e que a mesma pode ser paga em 12 parcelas mensais de R\$ 8.333,33, ou em uma única parcela de R\$ 100.000,00.

...com a renúncia ao direito de contestar a, caso decorrido seu término.

DECLARAÇÃO DE UNIDOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grande Percentuale di Invidia	26 - Somma delle due prime colonne
------------------------------------	------------------------------------

E - Građe Posrednik koji je vidljiv		26 - Vidna delova kompanijskojaj: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NKG		27 - Se b v r m i d e n o , c o m p a n i j e t o d a i f o r m a t u n o m e c o m p o s .	
28 - I n z a	5 km	29 - S e m b a d l i k a			

28 - Última base INEP?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha link, informar link	30 - Última base INEP?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Última base INEP?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha link, informar link	33 - Última base INEP?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
------------------------	---	-----------------------------------	------------------------	---	------------------------	---	-----------------------------------	------------------------	---

[illegible]

responsabilidades eliminadas por meio do artigo 299 do Código Penal

34
Impresso

35 - Nome legal do (nem) solicitante (se não possuir):

36 - 1ª | Nome:

35 - Nome legal do (quem saiu) e cargo/pedido

36 - CPF/rg do quem assina a nota: 000.000.000-00 Assinatura do responsável: _____

36- CPF/legitim de quem assina a requisição pedida

37- (4) Assinatura de quem assina o rgo/a petic

Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, Rio de Janeiro - 11/02/2017
na tarde do dia

Assinatura do representante legal (se houver): Assinatura do representante legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Beneficiário(s) (nome) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Endereço do segurado: 3 - CPF do segurado: 187.682.291-00 4 - Nome completo do titular: TEÓFILO GONÇALVES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/ BENEFICIÁRIO/ REPRESENTANTE LEGAL) - REGULAR SUJEITO (17/04/2012)

5 - Nome completo: TEÓFILO GONÇALVES DOS SANTOS 6 - Data de nascimento: 10/06/1968 7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA OLIVEIRA DE ARAÚJO 9 - Cidade: PARAÍSA 10 - Complemento: CASA 11 - Estado: MA 12 - CEP: 69.314-330 13 - Telefone: (99) 99144661

14 - Nome completo do Representante Legal: ADRIANO DE LIMA TAVORA 15 - CPF do Representante Legal: 000.682.73

16 - Nome completo do Representante Legal: ADRIANO DE LIMA TAVORA 17 - Nome completo do Representante Legal: ADRIANO DE LIMA TAVORA

18 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

19 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

20 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

21 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

22 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

23 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

24 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

25 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

26 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

27 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

28 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

29 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

30 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

31 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

32 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

33 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

34 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

35 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

36 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

37 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

38 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

39 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

40 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

41 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00



Márcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de
Regulação de Urgências Médicas-SAMU 192
Portaria 639/72-V

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

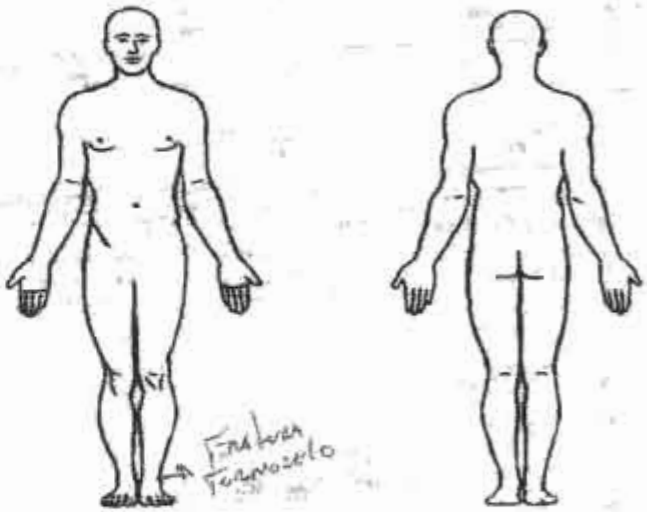
16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 481 - Boa Vista - RJ

CIEPA ENTPE NT CE DO 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: _____

<p>GESTANTE</p> <p>IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____</p> <p>Perda de líquido: _____ BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p>	<p>MATERIAL E MEDICAÇÃO</p>
---	------------------------------------

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



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com lesão na motocicleta. L.V.T.E. Referências por hemorragia em MIE. FRATURA em tornozelo. Realizada mobilização do Membro. Aferição SSU. Realizada Redução com uso de C-CERVICAL e Placa Rígida. Comunicação ao Médico Regulador e encaminhado ao Grupo Trauma.

CONFERE COM O ORIGINAL

Marcia Veras Love
Enfermeira-COREN-RJ 47683-0
Coord. de Enfermagem do Central de
Regulação de Urgência SAMU 192
Portaria 4.77/2019

Milton Francisco de Sousa
Téc de Enfermagem
COREN RJ 664.210



FICHA DE ATENDIMENTO																																																			
UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: <u>Nilton / ELADIO</u>																																																			
Paciente: <u>JOÃO TEODORO DOS SANTOS</u> Idade: <u>60</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																																																			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u> Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia																																																			
Endereço: <u>LAURA PINTO MIA N/11 - S-17</u>																																																			
Ponto de referência:																																																			
CIVILIDADE	Nº da Ocorrência: <u>836</u>		DATA: <u>15/01/2019</u>		ACIONAMENTO: <u>11:36</u>																																														
	Médico (a) Regulador (a): <u>ELADIO</u>				HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): <u>11:52</u>																																														
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS																																																			
MECANISMO DE TRAUMA																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AUTOMÓVEL</th> <th>MOTO/BICICLETA</th> <th>VIOLÊNCIA</th> <th>OUTROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atropelamento</td> <td><input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> Agressão Física</td> <td><input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Capotamento</td> <td><input type="checkbox"/> Vítila projetada</td> <td><input type="checkbox"/> Espancamento</td> <td><input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colisão X</td> <td><input type="checkbox"/> Vítila encarcerada</td> <td><input type="checkbox"/> FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Motorista</td> <td><input type="checkbox"/> Air Bag</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Acidente Doméstica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>sem capacete</u></td> <td><input type="checkbox"/> Violência Doméstica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura Agente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro</td> <td><input type="checkbox"/> Queda de moto</td> <td><input type="checkbox"/> Violência Sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Agressão p/ anim</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Outros:</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> queda de Bicicleta</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto	<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica	<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>sem capacete</u>	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim		<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta								
AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS																																																
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho																																																
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto																																																
<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.																																																
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica																																																
<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>sem capacete</u>	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente																																																
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim																																																
	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Outros:																																																
	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta																																																		
AVALIAÇÃO INICIAL																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vias Aéreas</th> <th>Ventilação</th> <th>Circulação</th> <th>Aval. Neurológica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apneia</td> <td><input type="checkbox"/> Abolida</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmico</td> <td><input type="checkbox"/> AVDN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradipnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> DNV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispneia</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperlmpanismo</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Miose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> M.V. Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s</td> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstruída</td> <td><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa</td> <td><input type="checkbox"/> Maciez</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Alcoolizado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquipnéia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica	<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Hiperlmpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado	<input type="checkbox"/> Taquipnéia													
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica																																																
<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN																																																
<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV																																																
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Hiperlmpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose																																																
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midriase																																																
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria																																																
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado																																																
<input type="checkbox"/> Taquipnéia																																																			
SINAIS VITAIS E SCORES																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp.</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td>: <u>140/90</u></td> <td><u>78</u></td> <td><u>20</u></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>°C</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>: <u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>°C</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										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>	<u>°C</u>				Fim	: <u>1</u>				<u>°C</u>																		
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>	<u>°C</u>																																														
Fim	: <u>1</u>				<u>°C</u>																																														
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pele</th> <th>Cabeça</th> <th>Faca</th> <th>Pescoco</th> <th>Tórax</th> <th>Abdome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Afundamento</td> <td><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td><input type="checkbox"/> Desvio da traquéia</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corada</td> <td><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo</td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td><input type="checkbox"/> Doloroso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fria</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriação</td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal</td> <td><input type="checkbox"/> Em tábua</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pálida</td> <td><input type="checkbox"/> Fer. Penetrante</td> <td><input type="checkbox"/> Ferimento</td> <td><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td><input type="checkbox"/> Tamponamento</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quente</td> <td><input type="checkbox"/> Hematoma ocular</td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td><input type="checkbox"/> Tórax Instável</td> <td><input type="checkbox"/> Enscaração</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Umida</td> <td><input type="checkbox"/> Laceração</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> </tr> </tbody> </table>										Pele	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdome	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma ocular	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Enscaração	<input type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações
Pele	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdome																																														
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido																																														
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso																																														
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua																																														
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações																																														
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma ocular	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Enscaração																																														
<input type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pelve</th> <th>Coluna Dorsal</th> <th>Membros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td><input type="checkbox"/> Contusão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td><input type="checkbox"/> Escoriações</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dor</td> <td><input type="checkbox"/> Dor Leve Moderada Intensa</td> <td><input type="checkbox"/> Lacerações</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Instabilidade</td> <td><input type="checkbox"/> Deformidade</td> <td><input type="checkbox"/> Luxações</td> </tr> </tbody> </table>										Pelve	Coluna Dorsal	Membros	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor Leve Moderada Intensa	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações																											
Pelve	Coluna Dorsal	Membros																																																	
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão																																																	
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações																																																	
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor Leve Moderada Intensa	<input type="checkbox"/> Lacerações																																																	
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações																																																	
AVALIAÇÃO CARDÍACA																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AVALIAÇÃO CARDÍACA</th> <th>AFEÇÃO CLÍNICA</th> <th>HISTÓRIA PEGRESSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter</td> <td><input type="checkbox"/> Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Sequela AVC</td> </tr> </tbody> </table>										AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA	<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Sequela AVC																								
AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA																																																	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Alergias																																																	
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia																																																	
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes																																																	
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS																																																	
	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Sequela AVC																																																	
GRAVIDADE COMPROVADA																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>GRAVIDADE COMPROVADA</th> <th>ILESO</th> <th>PEQUENA</th> <th>MÉDIA</th> <th>ÓBITO</th> <th>INDERMINADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cancelamento</td> <td><input type="checkbox"/> ILESO</td> <td><input type="checkbox"/> PEQUENA</td> <td><input type="checkbox"/> MÉDIA</td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> INDERMINADA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trote</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO	PEQUENA	MÉDIA	ÓBITO	INDERMINADA	<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDERMINADA	<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local						<input type="checkbox"/> Trote																							
GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO	PEQUENA	MÉDIA	ÓBITO	INDERMINADA																																														
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDERMINADA																																														
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local																																																			
<input type="checkbox"/> Trote																																																			
INCIDENTE																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>INCIDENTE</th> <th>MULTILOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento</td> <td><input type="checkbox"/> Polícia Militar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização</td> <td><input type="checkbox"/> SMTRAN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bombeiro no local</td> <td><input type="checkbox"/> PRF</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Guarda Municipal</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Bombeiro</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> DETRAN</td> </tr> </tbody> </table>										INCIDENTE	MULTILOS MEIOS ACIONADOS	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> PRF		<input type="checkbox"/> Guarda Municipal		<input type="checkbox"/> Bombeiro		<input type="checkbox"/> DETRAN																												
INCIDENTE	MULTILOS MEIOS ACIONADOS																																																		
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar																																																		
<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN																																																		
<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> PRF																																																		
	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal																																																		
	<input type="checkbox"/> Bombeiro																																																		
	<input type="checkbox"/> DETRAN																																																		
RCP																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RCP</th> <th>OBS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>11:52</u></td> <td><input type="checkbox"/> RCP com sucesso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Termina as: <u>12:00</u></td> <td><input type="checkbox"/> RCP não realizado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										RCP	OBS:	<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>11:52</u>	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> Termina as: <u>12:00</u>	<input type="checkbox"/> RCP não realizado																																				
RCP	OBS:																																																		
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>11:52</u>	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso																																																		
<input type="checkbox"/> Termina as: <u>12:00</u>	<input type="checkbox"/> RCP não realizado																																																		
DESTINO																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESTINO</th> <th>Grande Trauma - GT</th> <th>Hosp. Coronel Mota - HCM</th> <th>Pd Cosme e Silva - PCCS</th> <th>Hosp. Santo Antônio - HCSA</th> <th>Hosp. Das Clínicas - RR - HCR</th> <th>Hosp. Lote Ins - HLI</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atendido no local</td> <td><input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT</td> <td><input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM</td> <td><input type="checkbox"/> Pd Cosme e Silva - PCCS</td> <td><input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA</td> <td><input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas - RR - HCR</td> <td><input type="checkbox"/> Hosp. Lote Ins - HLI</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										DESTINO	Grande Trauma - GT	Hosp. Coronel Mota - HCM	Pd Cosme e Silva - PCCS	Hosp. Santo Antônio - HCSA	Hosp. Das Clínicas - RR - HCR	Hosp. Lote Ins - HLI	Outros	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM	<input type="checkbox"/> Pd Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas - RR - HCR	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote Ins - HLI	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR																									
DESTINO	Grande Trauma - GT	Hosp. Coronel Mota - HCM	Pd Cosme e Silva - PCCS	Hosp. Santo Antônio - HCSA	Hosp. Das Clínicas - RR - HCR	Hosp. Lote Ins - HLI	Outros																																												
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM	<input type="checkbox"/> Pd Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas - RR - HCR	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote Ins - HLI	<input type="checkbox"/> Outros																																												
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR																																																			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazzari, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
(Unidade de Destino)

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazzari, 484 - Boa Vista - RR

Márcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de
Regulação de Urgências Médicas-SAMU 192
Portaria 637/12-10

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

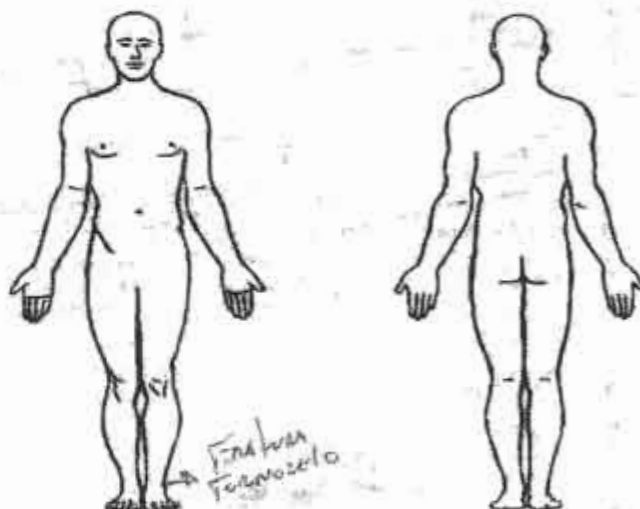
CIEP/ENR/TP CE DO	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

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

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

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

TOTAL DE PONTOS



29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RJ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com lesão na motocicleta, L.V.T.E. Referindo dor lombar em MIE. FRATURA em tornozelo. Realizada mobilização do membro. Aferido SSV. Realizada Redução com uso de C-CERVICAL e Placa de Fixação. Acompanhamento Médico Regular e Encaminhado ao Grupo Trauma.

Marta Veris Love:
Enfermeira - COREN-RJ 47683
Coord. de Enfermagem do Central de
Regulação de Urgência - SAMU 192
Portaria 637/2015

Milton Francisco de Sousa
Téc de Enfermagem
COREN RJ 064.210

CONFERE COM O ORIGINAL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000006373-8

Nr. da Autenticação 76E004BEB010C0B



Para contato
contato informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 002911684

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

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

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

ROT: 8.001.16.14.087600

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

7 6 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 404 - Boa Vista - RR

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATA DA LEITURA
Atual:	25711		21/05/2019
Anterior:	25264		18/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		18/06/2019
Consumo Medido:	447		20/05/2019
Consumo Faturado:	447	FCAH	21/05/2019
	NORMAL		33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	RI	131.000.2854-N	1401687	1.4.1.1	388

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 497	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,88
MAR/19 448	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 404	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 414	227 A R\$ 0,748975 = 170,01
DEZ/18 347	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 51,56
NOV/18 414	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 26,10
OUT/18 396	
SET/18 302	
AGO/18 352	
JUL/18 339	
TARIFA COM TRIBUTOS	
01 A 02	0,00
03 A 04	0,00
05 A 06	0,00
07 A 08	0,00
09 A 10	0,00
11 A 12	0,00
13 A 14	0,00
15 A 16	0,00
17 A 18	0,00
19 A 20	0,00
21 A 22	0,00
23 A 24	0,00
25 A 26	0,00
27 A 28	0,00
29 A 30	0,00
31 A 32	0,00
33 A 34	0,00
35 A 36	0,00
37 A 38	0,00
39 A 40	0,00
41 A 42	0,00
43 A 44	0,00
45 A 46	0,00
47 A 48	0,00
49 A 50	0,00
51 A 52	0,00
53 A 54	0,00
55 A 56	0,00
57 A 58	0,00
59 A 60	0,00
61 A 62	0,00
63 A 64	0,00
65 A 66	0,00
67 A 68	0,00
69 A 70	0,00
71 A 72	0,00
73 A 74	0,00
75 A 76	0,00
77 A 78	0,00
79 A 80	0,00
81 A 82	0,00
83 A 84	0,00
85 A 86	0,00
87 A 88	0,00
89 A 90	0,00
91 A 92	0,00
93 A 94	0,00
95 A 96	0,00
97 A 98	0,00
99 A 100	0,00

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
O cliente recebeu o boleto de pagamento desta conta no dia 20/05/2019 com vencimento em 21/06/2019. O valor devido é de R\$ 316,31. O cliente deve pagar até o dia 20/05/2019, não constatará futuras vencidas neste Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5875.DDCA.00DF.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							
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Índice	3,13			6,00			0,84

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

ROT: 8.001.16.14.087600



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

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 002911684 FCAH

836100000003 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 TRFEG: 000000000000 1001

CAER

Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610

POME GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15318863
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
07/05/2019	06/06/2019	30	1839	1839 *	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
05/2019	0	04/2019	0	03/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	21,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		18,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CAER

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

B2660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



Rorsina Energia S.A.
Av. Capitão Sene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.345.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.087.022-3
Núcleo Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº de Nota Fiscal 602911684

A Tarifa Social de Energia Eléctrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA 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: 60022524924220
CEP: 69.316-730 - BOA VISTA

DOI: 3.001.16.14.087600

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESTO BX-BENGA	BZ	1310007954-M	1400097	1-4-1	388

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
ABR/19	497	30 A R\$	0,262144 = 7,86
MAR/19	448	70 A R\$	0,449385 = 31,45
FEV/19	404	120 A R\$	0,674084 = 80,89
JAN/19	414	227 A R\$	0,748975 = 170,01
DEZ/18	347	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	- 51,56
NOV/18	414	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	26,10
OUT/18	396		
SET/18	302		
AGO/18	352		
JUL/18	339		
TOTAL 2019			
JAN	414		
FEB	404		
MAR	448		
ABR	497		
MAY	452		
JUN	447		
JUL	339		
AGO	352		
SET	302		
OUT	396		
NOV	414		
DEZ	347		
TOTAL	4355		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Parabens! Até o dia 28/05/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5875, DDCA, 00DF, 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

CATEGORIA	2018			2019			2020	Total
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2020	
1.1.1.1	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
1.1.1.2	3,13			6,00			0,84	
DISTRITO							01/2019	146,79

ROT: 8:001:16:14:087600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia 891 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-2

SEU CÓDIGO

0934685-3

MÉS FATURADO

05/2019

TOTALA PAGAR – R\$

316 31

VENCIMENTO

21/06/2019

Nº de Nota Fiscal: 002911684 FCAM

83610000003 0 16310075000 5 00000000034 9 68530519008 2



SEQ.: 00214 UC: 0034685-3 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 25711 NORMAL TOTAL: 316,31 CARGA: 012

NT VENN : 31/06/2019 1025G : 0000015708 : 1a01

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - ROR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURODORA S/A

As Captain John Beatty, 404 - Don Vito - FBO

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200**0800 280 9520**

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15318863
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
07/05/2019	06/06/2019	30	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
05/2019	0	04/2019	0	03/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO @0,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S/A <small>Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR</small> </div>		

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

CAER

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Teodoro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Teodoro dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Caytho Jélio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Boa Vista, RR de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Teodoro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Teodoro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Balsa, 484 - Boa Vista - RR

Boa Vista, RR de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

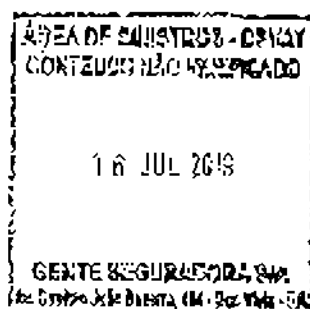
29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Balsa, 484 - Boa Vista - RR

Tratado de la
Interna P/
Purgas

Dr. Carlos F. F. F.
Grupo 2 - Traumatología
CUM-RE 1978



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



DN

DATA DE ADMISSÃO

18/07/2013

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SVD

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

manhã

3

GEFALOTINA 4G 1/8/8H

SUSO

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

14-02

5

DIPIRONA 500MG EV 8/8H

14-02

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 0Y 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 8/8H (S/N)

SVD

10

SSVV + CCGG 6/6 H

Rotina

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMHG

Atenção

14

CURATIVO DIÁRIO

Rotina

15

16

17

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU),
CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI,
351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 80%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

19

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - EXAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Capitão João Baptista, CM, 2ª Div - FPM

22:30
PA: 140x70 mm

cancelado

108-3

Dr. Odinechloke
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

18:30 - Paciente internou às 18:30h
15:30 - Exatidão do Grande Trauma, realizando
a realizar procedimentos necessários - S/efeito.

João Frederico

408-3



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DI		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				manhã
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				manhã
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				manhã
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				manhã
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				manhã
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				manhã
10	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				manhã
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã
15	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				manhã
16					manhã
17					manhã
18					manhã
19					manhã
20					manhã

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Du 2
fa. de 1972

408-3

SINAIS VITAIS				
6H	130/80	88	36	20
12H	135/80	87	36	20
18H	135/80	87	36	20
4H	128/72	78	36	20

MEDICO RESIDENTE
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA

15:30 62
PA - 140 x 70
PC - 816C
PA - 36

8 - 24 Dinâmica

Marcelo Viana da Silva
Ficha com Prescrição

035: Paciente procedente do CT
Admitido às 15:50.

Em cabine de medicação
an ambu, corante, outado,
mantendo AUP em MSD. Segue
as ordens da equipe de
enfermagem.

~~15:50~~
FIDELIS RIBEIRO: 14/11/2015
CNS 00000000000000000000

05:17:40 administração medicação ventral
do sinal vital

RODRIGO FARIAS FORTES
Médico de Emergência
CRM 101505/DF

06:00 - Rubens M.C.P.,
admitido 22/04/2015, p. 12 anos
a 12 de 12. 3. 1. 1.

1 408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTIC: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3
		DATA	17/01/2019

TEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
-----	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	5ND
2	AVP	manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	SN
7	TENOXCAM 40 MG EV 0* X DIA S/N	SN
8	PLASIL 100MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 120 MMHG	SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	SN
13	CURATIVO DIÁRIO	M
14	SSV + CCGG 6/8 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: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCÓRADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Olinachi Olinari Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM 18.32-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	88	20	36,5°C	
18 H	148x90	98	20	36,9°C	
24 H					

Realizado coleta
 de sangue

E-804

7 às 13h → Realizados cuidados de
enfermagem. Adm. medicamentos do
univ. ①, pact. quimioterapia de dor
farmácia

13 às 19h,

Foram ~~aplicados~~ ^{administrados}
vitais, ^{em} ~~avaliados~~ ^{avaliados} ~~avaliados~~
de ~~superfície~~ ^{superfície}.

13h
14h
15h
16h
17h
18h
19h
20h

ASSISTENTE SOCIAL
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
CONCRETO 30-306-1E



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Mônica



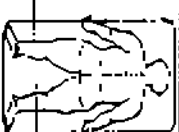


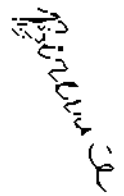
Taddeus

do

Sant'Ana

Leito: 408.3

Data: 17/07/19

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

IDADE 60 HAS DM2
LEITO 408-3 DATA 18/01/2019

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	3MD
2	AVP	1800hrs
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 8/8H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/2 HRS S/N	SN
13	CURATIVO DIÁRIO	SN
14	SSVV + CCGG 8/6 H	18
15		Rolando
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 LENTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
MENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SSVV 06
PA 70/80
SC 103
T 36.2

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR	
12 H	150 X 100	70	90	20	36°C
18 H	151 X 94	91	90	20	35.6°C
24 H					

Dr Odmarck Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

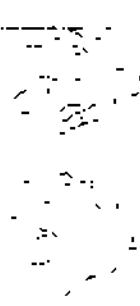
00 às 19:00h.
Relatório das 11-00 paciente relatou melhora
na dor, apresenta boa hidratação, administrando Captax 40
VO, apresenta a indicação para alta. Sinais vitais
dentro de parâmetros. Sinais vitais com 412341



Departamento de Ensino
CURR

João Teodoro dos Santos
4083

18 de 2019



João Teodoro dos Santos



Região

Nome do aluno

João Teodoro dos Santos

Matrícula

4083

Assinatura do aluno

João Teodoro dos Santos

Assinatura do professor

João Teodoro dos Santos

Assinatura do coordenador

João Teodoro dos Santos

Assinatura do diretor

João Teodoro dos Santos

Assinatura do supervisor

João Teodoro dos Santos

Assinatura do avaliador

João Teodoro dos Santos

Assinatura do responsável

João Teodoro dos Santos

Assinatura do diretor

João Teodoro dos Santos

Assinatura do responsável
Tecnologia
CURR

nos, para por nome de quem que pagou um...
 e nesse momento o representante da Sociedade...
 de guerra - de de celebra de grande inter...
 Hospital Geral de Roraima



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA

U.E.
 Emergência
 15/01/2019

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICA	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	19/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SU
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SU
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N				SU
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SU
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H 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				manter
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, ANICTERICO, 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	158x72	63	sem alteração	36.4	Dr. Odinechi Okeke Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 18544RR
18 H	158x72	80	sem alteração	35.5	
24 H	124/77	84	18	36.5	

00 no 19 0000

colocado durante a realização dos exames
 que os resultados de exames
 15/01/2019 15:00



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 20/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			Su
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 8/8H S/N			Su 12 6:55
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			Su
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 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 8/8 H			Realizar
15				
16				
17				
18				
19				Su
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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	143x80	4+	20	35.2
18 H	142x84	84	18	35.5
24 H	130x86	79		36.7C

Dr Odimar M Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Em 1851 RR

6h - PA = 125x81
P = 93
T = 37.1
R = 16

Obs: pte relata que está com
cefaleia todos os dias depois
que batia a cabeça. Tm benzibete



Unidade de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 12/2018


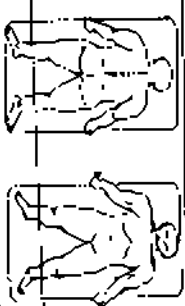

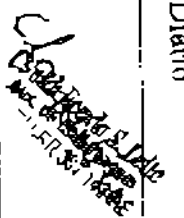
Tratamento de Feridas -

Paciente: João Rodrigo dos Santos

HGR

Leito: 408-3

Data: 19 / 04 / 19

Localização		Região: M. S. E.		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III IV 9* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tachão Fixador Externo <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfâcelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serossangüineo <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> 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:			
Troca	<input checked="" 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	 			
Observações				

Paciente refere 300
Diabético. by Jonat *Jonat* 108-3

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	80	LEITO	408-3	DATA	21/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N					
10	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO 5E 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 B/6 H					
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400: 8UI >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, 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, HIBRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

05:30 - Paciente que xando se de para neurologia.
efe bria intensa, admi mista 30 item

05:30 - Paciente relata afaléia, realizado pedido de puer para neurologia.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/90	84	20	35.4
18 H	119/74	84	20	37.2
24 H	120/64	79	19	36.6

Dr Odinezi Demari
Residente de Ortopedia e Traumatologia
Crm 1851-RB

06:00 - PA = 102/70
P = 9.2
T = 36.0

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

3:00 em 19:00 h -
Laboratório informou de resultados de exames.
duas amostras de sangue. Sejam os resultados
entregues ao paciente.

Alcance de 100%
em 100% de 100%
em 100% de 100%



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2015

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Frederico de Aguiar

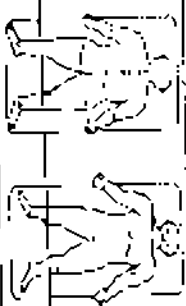
Leito: 408-3

Data: 21/01/18

Localização



Região: MTE



Região:

Etiologia

☒ L.P.P. III IV 9+ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma ☐ Tração ☐ Exulção Externa ☐ Infecção

☒ L.P.P. III IV 9+ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Tração ☐ Exulção Externa ☐ Infecção
☐ Outro

Apresentação da Ferida

☐ Neósc. Amarelha Negra ☐ Escarado ☒ Granulada ☐ Fibrinizada
☐ Ferida fechada ☐ Drenar Sonda ☐ Outros

☐ Neósc. Amarelha Negra ☐ Escarado ☐ Granulada ☐ Epitelizada
☐ Ferida fechada ☐ Drenar Sonda ☐ Outros

Pele Periférica

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ulcerado / Rubor
☐ Outro

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ulcerado / Rubor
☐ Outro

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Médio ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Médio ☐ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Oxigenação

☒ Oxigênio ☐ Colágeno/Trombina ☒ Solução de Prata ☐ Hidrogel

☐ Oxigênio ☐ Colágeno/Trombina ☐ Solução de Prata ☐ Hidrogel

Primária

☐ Outro

☐ Outro

Técnica

☒ JET ☐ Jolanc ☐ 148/48%

☐ JET ☐ Jolanc ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento

Resposta: Enfermagem
 02/2015
 02/2015

Resposta: Enfermagem
 02/2015
 02/2015

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 LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
ALÉRGICAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	22/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				SNV
2	AVP				monit
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H 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				SN
14	SSV + CCGC 6/6 H				SN
15	DEXTRO 6/6HRS				SN
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 DESTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x90	97	18	95,2
18 H	124/78	88	18	36,6
24 H	132x90	120	20	76,9

Dr Odinatzi Okemari
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM: 1851-AR

13 de 19/01, com
medicações de laboratório
+ SN

13/01/19
16/01



የፖሊስ ሰራተኛ ሰነድ ቁጥር 127/14/16/100 ምዕራባዊ ግዛት

4.08-13

FEITO DE PARER

1144.43L

NONE

IDAE-

4500

10

Diet

RE:IS'RO

ENFERMARIA

EMERGÊNCIA

PARA:

உருவக் கிணறுகள்

[illegible]

Dr. Odinachi Okamun
Medical Research
oncology & dermatology
Lagos, NIGERIA

glenico

Dela

[illegible]

11/12/2019
 11/12/2019
 11/12/2019

841750

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 IDH DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS
MOTIVADO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

IDADE 60 SEXO M CASADO 23/01/1955
PRESCRIÇÃO

DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS
AMP
OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N
FENOXICAM 40 MG EV 2 X DIA S/N
FLAV 1000 EV 3X S/N
DILTIRONA 160 MG EV 2X DIA S/N
PARAL 100MG + SF 9% 100ML EV 2X DIA S/N
CAPTOPRIL 25 MG VO 2X DIA S/N
SALICILATO 100MG 10 GOTAS VO 2X DIA S/N
CURATIVO GÁSTRICO
SALA + GOGG 6X H
ELIXIR GÁSTRICO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 15U
CONFORME ESQUEMA 20U 20U 20U 20U 40U 30U 30U 60U
30U 40U 40U 40U 10U E GLICOSE 170 D 170L GLICOSE
50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

ACTUAÇÃO MÉDICA

1. CONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO ALMO, REATIVO, COMUNICATIVO,
2. ALIMENTAR DO, SEM ALTERAÇÕES
3. EXAME FÍSICO: BGL 10 F AL ANÓTICO, ANTERIOLO ATERIO, EUPNEICO
4. ORIENTADO, E ORIENTADO
5. EVOLUÇÃO DA ALTA SEM REVISÃO

2240 - Troca do Orelho Vermelho
MSB 8.22

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SC
130/80	54	15	36	36
140/80	82	20	36	36

Dr. João Carlos
Residência de Ortopedia
Roraima, 1999



Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

BR

Nome: João Leal
Idade: 408.3

Data: 23/01/2019

peço agradecer

Resposta

Nome	João Leal	Idade	408.3
Sexo	Masculino	Profissão	Trabalhador
Endereço	Rua da Paz, 123 - Centro - São Paulo - SP		
Telefone	(11) 1234-5678		
Profissão	Trabalhador		
Doença	Doença do coração		
Tratamento	Medicamento		
Exames	Exames de sangue		
Medicamentos	Medicamentos		
Outros	Outros		

Residência: Rua da Paz, 123 - Centro - São Paulo - SP

Assinatura

Assinatura

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 LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS LEITO 408-3 DATA 24/01/2019

IDADE 60 PRESCRIÇÃO

ITEM 1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS

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 6/8H 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 6/8 H

15 DEXTRO 6/6HRS

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: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130 x 85	93	18	36,2
18 H	140/93	98	19	36,2
24 H	119 x 80	88	18	36,2

Dr Odinachi Okemuri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1551 RR

06, h 125 x 79 83 20 35,6C

408-3



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	35/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	25/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				SN
2	AVP				Manuten
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				SN
14	SSVV + CCGG 8/8 H				SN
15	DEXTRO 6/6HRS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				SN
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				SN
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

39'00 de 7:00
afundado
urina
Procedimento de
Tubo de Estomago
Tubo de Urina
Oxigeno 15L/5L/5B

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	144/90	100	20	35.7
18 H	140/90	86	20	36.2
24 H	132/74	85	20	36.2

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

07:13 h. per no finto, aferido SSVU. Dr. ho mar
realizares pa felle de felle pl glho simeli.

de clinda
de 13h às 14h
CDM medicacoes, aferido SSVU
ec. Sarah



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão 098

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HRSP

Leito: 468-3

Data: 25/01/19

João Teodoro dos Santos

Localização		Região	M.I.C.		Região
Fisiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LIP III IV 7º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Fator de risco <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> LIP I III IV 7º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Fator de risco <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Outro	
Aparência de	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarela Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfície <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"/> Esfície <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Leito	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>edematoso</u>			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro	
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Purulenta <input checked="" type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Sangüinolenta <input type="checkbox"/> Serosangüínea <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Sangüinolenta <input type="checkbox"/> Serosangüínea <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Outro	
Tipo de Exsudato	<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	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibinase <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"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro	
Fecha	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento	<u>3ª Angela Enfermeira</u> <u>12/01/2019 14h30</u>	<u>Costa Souza Costa</u> <u>Enfermeira</u> <u>12/01/2019 14h30</u>			
Observação					



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

AGNÓSTICA FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2 DATA 26/01/2019

IDADE 60 LEITO 408-3

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS

2 AVP

4 DMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD 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 DIFIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFD, 5% 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 8/6 H

15 DEXTRO 6/8HRS

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:

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

EXAME FÍSICO: BLG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: 5LM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	126x80	FB 2	FR 14 36°C
12 H	123x75	85	- 36.1
18 H	120x90	96	- 35.6
24 H	126x87	88	14 36.5°C

Dr. Giliochi Okemli
Residência De Ortopedia e
Traumatologia
Em 18/01 RR

07 em 14
Realização de med
cação de hematóis
SSV + captação de
cão
Dic. - 18/01/2019



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo - 1

Versão: 08

Laboratório: 02/2013

Atualização: 12/2016

Tratamento de Feridas -





Paciente:

João Todoros dos Santos

HGR

Leito: 408-3

Data: 26/01/14

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 <input type="checkbox"/> Jorropelle <input type="checkbox"/> Outro			
Apresentação de Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarelha/Verde <input type="checkbox"/> Escarado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Ferida: Rubor <input type="checkbox"/> Outro			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso-purúleno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Médio <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			
Procedimento	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Dado <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	 			
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

AGNÓSTICA: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS: DMZ: DATA: 27/01/2019

IDADE: 60

LEITO: 408-3

DATA:

27/01/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO:

ITEM

- 1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS
- 2 AVP
- 4 OMLPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N
- 7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N
- 8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N
- 9 DAPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N
- 10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SF 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 6/8 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, RELATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO - BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNÉFICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tax
12 H	120/70	89	-	35,3
18 H	130/70	86	-	35,7
24 H	134/77	86	-	35,8
6 H	123/66	86	-	35,8

Dr. Cláudio Okumiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-PR

DRS 7 - 17 h

Adm. medicações de horário com
 aferido sinais vitais. Aproximadamente
 10% de melhora com diurese.

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			
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 28/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			SND
2	AVP			manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N			SN
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N			SN
8	PLASIL 13MG 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 INT'NSA			SN
11	CAPIOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			SN
13	CURATIVO DIÁRIO			M
14	SSVV + CCGG 8/8 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, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

8 H	106/60	83	FR 18	36,2°
12 H	120/80	76	18	36,2°
18 H	130/90	87	19	36,7°
24 H	110/70	95	20	36,2°

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RH

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem, fômeia

7h DEXTRO 34mg/dl

83 as 196, par no leito,
Adm medicações C.P. e
Aferido Sinais vitais

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RH



Núcleo de Enfermagem em

Prof. 210 II^o I

Versão

Elaborada: 02/2015

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

Leitor:

408-3

Data: 28/01/2019

João Saccas dos Reis

Localização



Região

ME



Região

ME

Fisiologia

() LPP I II III IV ? () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma - Tração - Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ? () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma - Tração - Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do

Lado

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

Quantidade de

Exsudato

Solução de

Impreza

Cobertura

primária

Trocax

Profissional que realizou procedimento

Observações:

Dr. Saccas dos Reis
Médico em Enfermagem
RORAIMA 152.904
CORREIOS 152.904

Adm. Saccas
Bem-estar

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Curto:
() Puro () Seroso () Sanguinolento () Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

() Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Curto:
() Puro () Seroso () Sanguinolento () Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

() Molhado

() Úmido

() Seco

() Molhado

() Úmido

() Seco

() Solução Fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Solução Fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

Dr. Saccas dos Reis
Médico em Enfermagem
RORAIMA 152.904
CORREIOS 152.904

Adm. Saccas
Bem-estar

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Curto:
() Puro () Seroso () Sanguinolento () Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

() Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Curto:
() Puro () Seroso () Sanguinolento () Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

() Molhado

() Úmido

() Seco

() Molhado

() Úmido

() Seco

() Solução Fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Solução Fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

Dr. Saccas dos Reis
Médico em Enfermagem
RORAIMA 152.904
CORREIOS 152.904

Adm. Saccas
Bem-estar

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

() 12/12

Cuidado

() 48/48h

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 29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS			SAD
2	AVP			manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SN
5	PLASIL 13MG EV 8/8H S/N			SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H 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 PAT > 110 MMHG			SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			SN
13	CURATIVO DIÁRIO			m
14	SSVV + CCGG 6/6 H			dois
15	DEXTRO 6/6HRS			dois
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			dois
17	CE-EPIME 1G EV 8/8HRS			dois
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG), CONFORME ESQUEMA 200-250. 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, > 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LUTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNICO,
NORMOCORRADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	98	20	36
18 H	145X55	91	20	35°C
24 H	140/90	90	20	36°C

D. Odinach Okemuri
Presidente de Ortopedia e
Traumatologia
(1151) RR

7 de 13h foi verificado
SSVV. - Anormal.

06:00 - 130/60
60/90 - 88V - 36°C

Prezado João dos Santos
culpar os outros, Deus e

18h - Administrado medicação 18h.
p/efeito SSVV com parâmetros normais
Segue em cuidados da equipe de
enfermagem. Tec. - Rf

Roberto Cristiano A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 200.833-7



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: João

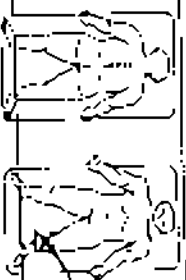
Pedro do Souto

HGR

Leito: 468-3

Data: 23/02/19

Localização



Região

med



Região

Etiologia

() PP I (III IV) + () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Fratura () Fator Falso () Ortopedia
() Outro

() PP I (III IV) + () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Fratura () Fator Falso () Ortopedia
() Outro

Aparência e

Tulo

() Necrose () Amarelado () Escurecido () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos () Sulfato () Outros
() Normal () Macerado () Seco () Eritema () Rubor

() Necrose () Amarelado () Escurecido () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos () Sulfato () Outros
() Normal () Macerado () Seco () Eritema () Rubor
() Outro

Pele Periférica

() Oleo

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco

Tipo de Exsudato

() Gordo

() Molhado () Umido () Seco

() Molhado () Umido () Seco

Quantidade de

Exsudato

() Soro Fisiológico 0,9% () Terebintina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Terebintina 2% () Álcool 70%

Limpeza

Cobertura

primária

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol
() Outro

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol
() Outro

Troca

() 12/12

() Diário

() 12/12

() Diário

() 12/12

Profissional que

realizou

procedimento

Enfermeiro H. Silva
Enfermeiro J. Silva

Enfermeiro J. Silva
Enfermeiro J. Silva

Enfermeiro J. Silva
Enfermeiro J. Silva

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				
IDADE	60	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	408-3	DATA	30/01/2019
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL PARA DIABETICOS			5m
2	AVP			Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP VO S/N			
7	TLNOXICAM 40 MG EV 51 X D'A SIN			
8	PLASIL 100MG EV 6/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DL 6/8H S/N			SN
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DCR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 OU PAD > 115 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS SIN			
13	CURATIVO DIARIO			m
14	SSV/ = 0000 8/8 H			Rotina
15	DEXTRO 8/6HRS			11/12/17 7h 15min 03/12/17 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			14/12/17 06h
17	CLFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU), CONFORME ESQUEMA 200-250, 2UI, 251-300 4UI, 301-350, 6UI, 351-400 8UI, > 400 10 UI OU GLICOSE < 70 DLML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FIS CO, BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

19/01/19
Revisão de
medicação
de Roraima,
Conforme Roraima
19/01/19
Tic - Roraima

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100/73	99	22	34,4
18 H	122/80	88	20	36,2
24 H	122/80	88	-	36,2

Dr Odinaci Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 185188

12h P, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa,
seguiu em observação. Tics Roraima
3.00 às 13.00 h
Revisão administração medicação de Roraima,
Conforme Roraima 19/01/19
Tic - Roraima

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

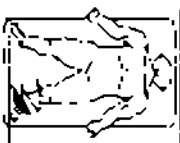
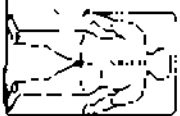
João Frederico dos Santos

Leito:

208-3

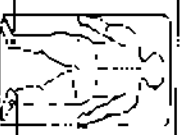
Data: 30/01/2020

Lavejamento



Região:

M.E.



Região:

Lavejamento

- ☐ JPP I II III IV 9º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DMI ☐ Vascular
☒ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro

- ☐ JPP I II III IV 9º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DMI ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro

Aparência da

Lento

- ☒ Necrose, Amarelada/Negra ☐ Estafido ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenar Sonda ☐ Outros

- ☐ Necrose, Amarelada/Negra ☐ Estafido ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenar Sonda ☐ Outros

Peje Perilesional

- ☒ Manual ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ferida: Rubor
☐ Outro

- ☐ Manual ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Ferida: Rubor
☐ Outro

Tipo de Exsudado

- ☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco
☐ Outro

- ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco
☐ Outro

Quantidade de

Lavejamento

- ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

- ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de

Limpieza

- ☒ Solução Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
☐ Gaze ☐ Celulose/gaze/fibrina ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro

- ☐ Gaze ☐ Celulose/gaze/fibrina ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro

Tubo

- ☐ 12x12 ☒ Diálio ☐ 4x48h

- ☐ 12x12 ☐ Diálio ☐ 4x48h

Profissional que realizou procedimento

Eduardo Costa
HGR - Enfermeiro
CREF 744 250

Leticia, Alencar
Téc. em Enfermagem
CREF 14745-1P

Observações



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



DN 15/06/1958

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNOSTICADA FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 CITO 408-3 DATA 01/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS

2 AVP

3 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO SIN

4 TENOXICAM 40 MG EV 31 X DA SIN

5 PLASII 10MG EV 218H SIN

6 DAPIRONA 1G EV DE 8:00 SIN

7 TRAMAL 100MG - SFO 9% 100ML EV DE 318H SE DOR INTENSA

8 CAPTOPRIL 25 mg VO 318H SIN

9 SIMILICONA 1 CP OL 10 GOTAS 2 O 8:00 HRS SIN

10 CURATIVO DIÁRIO

11 SSWV + CCGG 600II

12 DEXTRO 8/8HRS

13 AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

14 CLEFEME 1G EV 218HRS

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;
351-400 8UI; 401-450 10UI E GLICOSE ≤ 70 GLM. GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTF, ADIACÓNICO, ANIUTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PROVISÃO DE ALTA - SEM PROVISÃO

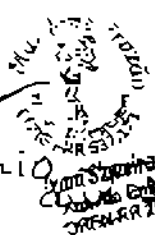
06-PA: 118186 P-88 T= 36.5

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	108/80	96	20	35.9
12 H	108/80	96	20	35.9
18 H	130/96	92	19	36.3
24 H	131/98	81	19	36.5

Dr. Ednaldo Okemil
Residência em Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

Os 13 verificando sinais vitais

Das 32 as 19 da Administração medicamentos + sv de horário





Núcleo de Enfermagem em

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



HGR

Paciente:

José, 9 anos da Santos

Leito: 4083

Data: 01/02/2019

Localização		Região: <u>antebraço</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> L.P.P. III IV 7° <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Lado	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Verde <input type="checkbox"/> Esfaveio <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenar 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: _____			
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Púrpura <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipos de Exsudato	<input type="checkbox"/> Púrpura <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Limitado <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Solução de limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/celulose <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"/> 48/48 <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48			
Profissional que realizou	Maurício Mendes Enfermeiro CRM: 24.530			
Prevenção de	Infecção da Sida (SNI) Noc. da Infecção SNI: 1100 100122			
Observações				



Unidade de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -

HCR

Ptmo

Versão

Elaborada em: 02/2013

Atualizada em: 12/2018

Paciente:

Sociedade de São Paulo

Leito: 408-3

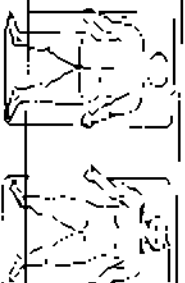
Data: 02/02/19

Localização



Região

Gravidade



Região

Gravidade

Etiologia

☒ Trauma
☐ Queimadura
☐ Doença
☐ Infecção
☐ Vascular
☐ Diabetes
☐ Fármacos
☐ Imunidade

☒ Queimadura
☐ Doença
☐ Infecção
☐ Vascular
☐ Diabetes
☐ Fármacos
☐ Imunidade

Aparência do

☒ Seco
☐ Úmido
☐ Amarelado
☐ Escurecido
☐ Granuloso
☐ Epitelização
☐ Ferida fechada
☐ Drenagem
☐ Outros

☒ Seco
☐ Úmido
☐ Amarelado
☐ Escurecido
☐ Granuloso
☐ Epitelização
☐ Ferida fechada
☐ Drenagem
☐ Outros

Pele Periférica

☐ Normal
☒ Alterada
☐ Vermelha
☐ Amarela
☐ Escurecida
☐ Seca
☐ Úmida

☐ Normal
☒ Alterada
☐ Vermelha
☐ Amarela
☐ Escurecida
☐ Seca
☐ Úmida

Tipo de Exsudação

☐ Purulento
☐ Seroso
☒ Sanguinolento
☒ Seroso sanguinolento
☐ Seco
☐ Outros

☐ Purulento
☐ Seroso
☒ Sanguinolento
☒ Seroso sanguinolento
☐ Seco
☐ Outros

Quantidade de

☐ Nenhuma
☒ Pouca
☐ Moderada
☐ Muito

☐ Nenhuma
☒ Pouca
☐ Moderada
☐ Muito

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9%
☒ Alcool 70%
☐ Alcool 90%
☐ Outros

☐ Soro Fisiológico 0,9%
☐ Alcool 70%
☐ Alcool 90%
☐ Outros

Cobertura

☐ Gaze
☒ Colaplast
☐ Sulfadiazina de Prata
☐ Hidrogel
☐ Outros

☐ Gaze
☒ Colaplast
☐ Sulfadiazina de Prata
☐ Hidrogel
☐ Outros

Tucação

☐ Não
☒ Sim

☐ Não
☒ Sim

Profilaxia que

procedimento

Manejo de feridas
Alívio da dor
Oxigenação
Cuidados com a pele

Manejo de feridas
Alívio da dor
Oxigenação
Cuidados com a pele

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 LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	03/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				S/N
2	AVP				S/N
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 L OU PAIS > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				S/N
14	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
15	DLXIRO 6/6 HRS				S/N
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				S/N
17	OFFEPIME 1G EV 8/8HRS				S/N
18					S/N
19					S/N
20					S/N
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 401 10 UI E OU GLICOSE > 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA, SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/63	69	20	36.2
18 H	138/73	88	—	36.5
24 H	112/77	83	—	35.4
6 H	130/90	79	20	36°C

Dr Odinechi Oliveira
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Cm 1251 RB



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

H.C.R

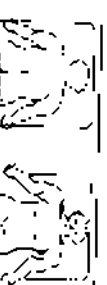
Leito:

408-3

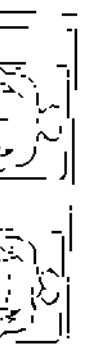
Asseso Cecidene do Santos

Data: 03/02/19

Laudação



Região: M.I.E.

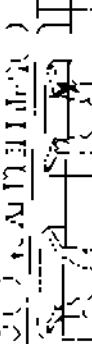


Região: M.I.E.

Fisiologia



Região: M.I.E.



Região: M.I.E.

Anamnese do

Leito

(X) Necrose Antebra/Medial (X) Esclerose () Granuloma () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar Sonda () Outros
() Normal () Infecção () Jato () Fístula / Ruptura
() Outro Edema moderado

(X) Necrose Antebra/Medial (X) Esclerose () Granuloma () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar Sonda () Outros
() Normal () Infecção () Jato () Fístula / Ruptura
() Outro Edema moderado

Pele Perilesionária

() Purulento (X) Secreto () Sanguinolento () Seco
() Outro

(X) Necrose Antebra/Medial (X) Esclerose () Granuloma () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar Sonda () Outros
() Normal () Infecção () Jato () Fístula / Ruptura
() Outro Edema moderado

Tipo de Ferida

() Úlcera (X) Ferida () Sanguinolento () Seco
() Outro

(X) Necrose Antebra/Medial (X) Esclerose () Granuloma () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar Sonda () Outros
() Normal () Infecção () Jato () Fístula / Ruptura
() Outro Edema moderado

Quantidade de

Exsudato

() Nenhum (X) Líquido () Seco

() Nenhum (X) Líquido () Seco

Solução de

Já utilizada

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze (X) Colágeno/Tribromase () Sulfato de Zinco () Hidrogel
() Outro

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze (X) Colágeno/Tribromase () Sulfato de Zinco () Hidrogel
() Outro

Cobertura

() Gaze (X) Colágeno/Tribromase () Sulfato de Zinco () Hidrogel
() Outro

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze (X) Colágeno/Tribromase () Sulfato de Zinco () Hidrogel
() Outro

Linha

() 11/12 (X) Diâmetro () 1,28x48h

() 11/12 (X) Diâmetro () 1,28x48h

Profissional que

realizou

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Domicílio

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

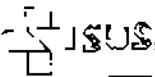
Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Observações

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704

Rodriguez Miguel Davidson
RCC - Enfermeiro
COBEN-PR 024704



Sistema
União de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - EXECUTANTE

2 - CNES
3 - CNES

4 - NOME DO PACIENTE
5 - NOME DO RESPONSÁVEL
6 - DATA DE NASCIMENTO
7 - SEXO

8 - N° DO PRONTUÁRIO
9 - SEXO
10 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO

11 - ENDEREÇO DO PACIENTE
12 - CID - COD. DE EXATIDÃO

13 - CID - COD. DE EXATIDÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

OM e em p (E)

14 - CONDIÇÃO DO PACIENTE

Cirurgia

Dr. Dalton Feitosa
Coordenador de Internação

15 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS

Exame físico + 2x LAB

Dr. Dalton Feitosa
Coordenador de Internação

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
18 - NOME DO RESPONSÁVEL

19 - NOME DO RESPONSÁVEL

20 - ACIDENTE DE TRABALHO
21 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
22 - ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

23 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

24 - ACIDENTE DE TRABALHO
25 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
26 - ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA
27 - NOME DO RESPONSÁVEL

28 - NOME DO RESPONSÁVEL
29 - NOME DO RESPONSÁVEL
30 - NOME DO RESPONSÁVEL
31 - NOME DO RESPONSÁVEL
32 - NOME DO RESPONSÁVEL
33 - NOME DO RESPONSÁVEL
34 - NOME DO RESPONSÁVEL
35 - NOME DO RESPONSÁVEL
36 - NOME DO RESPONSÁVEL
37 - NOME DO RESPONSÁVEL
38 - NOME DO RESPONSÁVEL
39 - NOME DO RESPONSÁVEL
40 - NOME DO RESPONSÁVEL
41 - NOME DO RESPONSÁVEL
42 - NOME DO RESPONSÁVEL
43 - NOME DO RESPONSÁVEL
44 - NOME DO RESPONSÁVEL
45 - NOME DO RESPONSÁVEL
46 - NOME DO RESPONSÁVEL
47 - NOME DO RESPONSÁVEL
48 - NOME DO RESPONSÁVEL
49 - NOME DO RESPONSÁVEL
50 - NOME DO RESPONSÁVEL
51 - NOME DO RESPONSÁVEL
52 - NOME DO RESPONSÁVEL
53 - NOME DO RESPONSÁVEL
54 - NOME DO RESPONSÁVEL
55 - NOME DO RESPONSÁVEL
56 - NOME DO RESPONSÁVEL
57 - NOME DO RESPONSÁVEL
58 - NOME DO RESPONSÁVEL
59 - NOME DO RESPONSÁVEL
60 - NOME DO RESPONSÁVEL
61 - NOME DO RESPONSÁVEL
62 - NOME DO RESPONSÁVEL
63 - NOME DO RESPONSÁVEL
64 - NOME DO RESPONSÁVEL
65 - NOME DO RESPONSÁVEL
66 - NOME DO RESPONSÁVEL
67 - NOME DO RESPONSÁVEL
68 - NOME DO RESPONSÁVEL
69 - NOME DO RESPONSÁVEL
70 - NOME DO RESPONSÁVEL
71 - NOME DO RESPONSÁVEL
72 - NOME DO RESPONSÁVEL
73 - NOME DO RESPONSÁVEL
74 - NOME DO RESPONSÁVEL
75 - NOME DO RESPONSÁVEL
76 - NOME DO RESPONSÁVEL
77 - NOME DO RESPONSÁVEL
78 - NOME DO RESPONSÁVEL
79 - NOME DO RESPONSÁVEL
80 - NOME DO RESPONSÁVEL
81 - NOME DO RESPONSÁVEL
82 - NOME DO RESPONSÁVEL
83 - NOME DO RESPONSÁVEL
84 - NOME DO RESPONSÁVEL
85 - NOME DO RESPONSÁVEL
86 - NOME DO RESPONSÁVEL
87 - NOME DO RESPONSÁVEL
88 - NOME DO RESPONSÁVEL
89 - NOME DO RESPONSÁVEL
90 - NOME DO RESPONSÁVEL
91 - NOME DO RESPONSÁVEL
92 - NOME DO RESPONSÁVEL
93 - NOME DO RESPONSÁVEL
94 - NOME DO RESPONSÁVEL
95 - NOME DO RESPONSÁVEL
96 - NOME DO RESPONSÁVEL
97 - NOME DO RESPONSÁVEL
98 - NOME DO RESPONSÁVEL
99 - NOME DO RESPONSÁVEL
100 - NOME DO RESPONSÁVEL

João Vitor de Souza

Data 4/2/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

DMC 1-1 (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

FIO Cervical e Onc p (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO

MÓDIFICACÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGO

Delella

1º AUXILIAR

Regis

Dr. Roberto de Jesus
Oncologista - Tm
CRM 99999-9

2º AUXILIAR

Delella RJ

INSTRUMENTADORA

3º AUXILIAR

ANESTESIA

ANESTESISTAS

ANESTÉSICO

Dr. Rogério L. P. Dias
CRM 99999-9
Oncologista - Tm
CRM 99999-9

INÍCIO

FIM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pet DSH + anestesi
2. Anestesi + Antepi + Anestesi
3. Realizado desbridamento na área do feto p (E)
4. 2nc expost + curativo
5. RPA

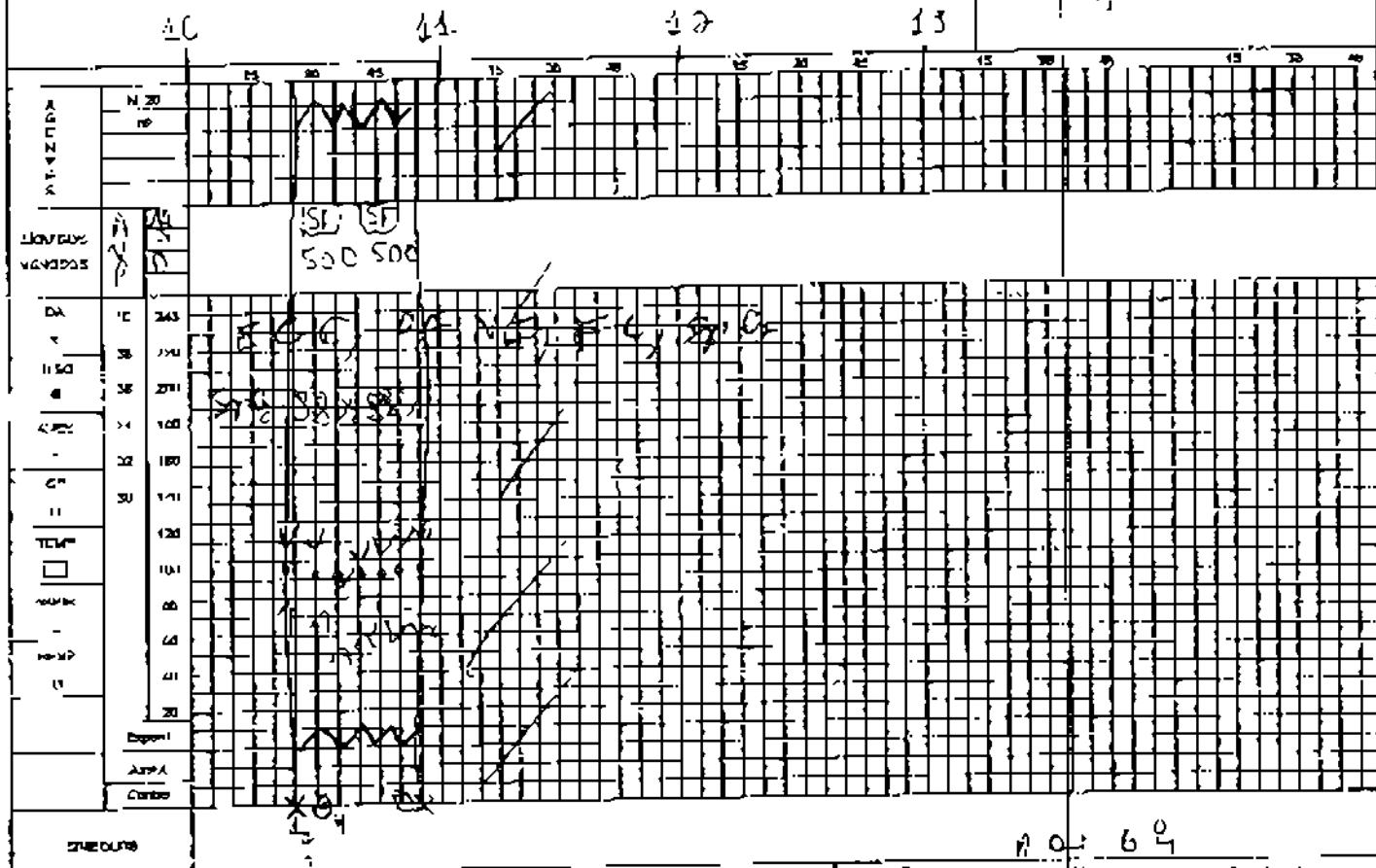


Recebo Terceiros dos Santos

7/16/60

PRE-MITIGANDO - DRUGA - UUSE, INTRA - EFETO

04/02/19



10 6 0

DATE: 11/13/2011

2. Requirements for Country
 independent, examples,
 institutions -
 development -
 good - the 2 - rule
 higher level

ANOTACÕES

x *myricaturigifolius* + 120 cl/ha

(1) Opaco do q. - alta cobertura 74

(2) Aspecto: *Antennaria* de região
lombard com elevad q. 70%, tempo
exterior, porção microclimática
de L3 - L4, cunha de elevad
H^o 26, LCA 11000, 1200
monotomica, com elevad
di. *Parasaccharina* 0,5 / 13 mg

(3) Exterior 30 mg + milagrosa 24

DATE: _____ NAME: _____
 ROOM: _____
 SIGNATURE: _____

Carlos - Juan Carlos Pineda
 Nelly - Gabriela Pineda
 Del - Felipe - Gabriela de Luna
 Sofia - Maria
 Mariana - Gabriela Pineda

REINHA 15.00 ml 110.25 g 10.55
 INGRESSO: Desdobramento de mm e E

[Signature] ^{DR. F. J. ...} [Signature] ^{DR. ...}
 R. J. ... Dr. ...

1. <u>Industria</u> - <u>Departamento</u> <u>Industria</u> - <u>Secretaría</u> 2. <u>Industria</u> - <u>Departamento</u> <u>Industria</u> - <u>Secretaría</u> 3. <u>Industria</u> - <u>Departamento</u> <u>Industria</u> - <u>Secretaría</u>	4. <u>Industria</u> - <u>Departamento</u> <u>Industria</u> - <u>Secretaría</u> 5. <u>Industria</u> - <u>Departamento</u> <u>Industria</u> - <u>Secretaría</u>
--	--

③ Ergebnis 3C mg. (IV)

x Encomienda O-SAPA

RECEIVED
JAN 11 1961
U.S. AIR FORCE
OFFICE OF THE
JOINT CHIEFS OF STAFF
WASHINGTON, D.C.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jorge F. Zamboni - do S. S. S.		08 - 07		24 / 12 / 64
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	TEMPO TOTAL	
TIPO		INICIO	FIM	
Laparotomia em Jato de S. S. S.		20:30	21:50	
EQUIPE MÉDICA				
ANESTESISTA		Dr. Almeida		
RES. ANESTESIA		Dr. Carneiro		
INSTRUMENTADOR				
1ª AUXILIAR		Dr. J. J. J.		
2ª AUXILIAR		Dr. J. J. J.		
CIRCULANTE		Dr. J. J. J.		
TEMPO DE DURAÇÃO		VALOR		
QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	POTS COMPRIMIDAS C/ 03 UNID		FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO	
7	PACOTES GAZE		FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS-SORO GLUCOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LAVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LAMINA ESTÉRIL Nº 11		FIO CATGUT SIMPLIS Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		SCRGICEL	
1	SERINGA 03ML		CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05ML		KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		GEORAM	
1	SERINGA 20ML		HEPARINA	
1			OUTROS	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB TOTAL
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
TAXA DE ANESTESIA		SOMA		
FIM ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

UNIDADE: CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

Nome: Severina, Tatiana dos Santos

Alcance: Muito

ANTES DA ANESTESIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

ANESTESIA (Selecione a opção)

1. Tipo de Anestesia

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

() Geral () Local

SAÍDA (Selecione a opção)

1. Profissionais da Equipe de Anestesia

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

() Sim () Não

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia

Forma de Anestesia



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	04/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 0 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFD, 8% 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 GÓTAS V O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	DEXTRU 8/6HRS				
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, AFLBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odmarck Okamoto Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

00 às 13 00h.

foi realizado dentro das normas técnicas e
aparelho no pé, não foi realizado
exame de sinais vitais pois paciente está
deitado. encontrar-se em boas condições
e as curvas de sangue

Residência de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

4108
3

20.1.

11:40h

408
3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Jilau & Leodoro de Noronha</i>			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	408-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL <i>LIQUIDA</i> 0/04		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/die		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H } <i>suspensão</i>		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG 1 SF 0.9% 100ml EV DI 01h-20h; VO DE 4/6h SE DOR INTENSA		
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMEICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	<i>Cefepime 1g 8/8h - 6v</i>		
16	<i>metoprolol 25 12/12h</i>		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONT-ORDE ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300: 3UI, 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUL, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

06 - Paciente disse que sente
dores no acesso quando
é feito a Ranitidina.

06 - 132/90 P 86 T=36.7°C

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	120x64	95	35.7°C
18 H	115/58	98	36.3
24 h	135/81	92	36.6


MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

07.00 às 13.00h.

Paciente retornou 11:40h do CC, orientado
paciente realizou higienização de punção com
antisséptico, segue com curativos

Dos 33 até 39 h.
Adm. intravenosa medicam.
+ SV, conforme PM
aux.

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
-------	----	-------	-------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	
---	----------------------------	--

2	AVP	
---	-----	--

4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
---	--	--

7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 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 TAS > 160 E DU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N	
----	---	--

13	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

14	SSVV + CCGG 8/6 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 (SG). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, 401-450: 10UI 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: SEMPREVISADO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	143/86	84	20	36,4
18 H	140/80	84	20	36,4
24 H	133/89	78	19	36,1

6h 111x69 77 18 35,2

Dr Odinech Dikemir
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1631 RRC

Nome		Data		Endereço		Lado	
Nome Completo		Idade		Sexo		I / F I / M	
Procedência				Hipótese Diagnóstica			
Isolamento da Produção () Sim () Não				() Andruão () Contato () Contato - Jerssai () Goteira - pendúculos			
Alargado () Sim () Não				Qual qual			
Necessidade de interpretação? () Sim () Não				Qual forma			
Possui acompanhante () Sim () Não				Obs			
Desemulação () Normal () Sem desmulação () Acumado () Caderno de rodas () Fraco () Comprometido/ambigüidade							

SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
Consciente	Gravidade	Parasintomas	Normotensão	Bradicardia	Isquemia	AC	
Sedado	Impulso	Comatoso	Normotensão	Hipotensão	Isquemia	PA	
Agitado	Resposta a estímulos	Não reage	Puls. Cheio	Enferme	A. Arterial	Falso	

PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA DIGESTIVO			
1) Colúmbia	1) Vilanova	1) Não reagente	1) 15N/140C	1) 15N/140C	1) 15N/140C
2) Colúmbia	2) Vilanova	2) Não reagente	2) 15N/140C	2) 15N/140C	2) 15N/140C
3) Colúmbia	3) Vilanova	3) Não reagente	3) 15N/140C	3) 15N/140C	3) 15N/140C
4) Colúmbia	4) Vilanova	4) Não reagente	4) 15N/140C	4) 15N/140C	4) 15N/140C
5) Colúmbia	5) Vilanova	5) Não reagente	5) 15N/140C	5) 15N/140C	5) 15N/140C
6) Colúmbia	6) Vilanova	6) Não reagente	6) 15N/140C	6) 15N/140C	6) 15N/140C
7) Colúmbia	7) Vilanova	7) Não reagente	7) 15N/140C	7) 15N/140C	7) 15N/140C
8) Colúmbia	8) Vilanova	8) Não reagente	8) 15N/140C	8) 15N/140C	8) 15N/140C
9) Colúmbia	9) Vilanova	9) Não reagente	9) 15N/140C	9) 15N/140C	9) 15N/140C
10) Colúmbia	10) Vilanova	10) Não reagente	10) 15N/140C	10) 15N/140C	10) 15N/140C
11) Colúmbia	11) Vilanova	11) Não reagente	11) 15N/140C	11) 15N/140C	11) 15N/140C
12) Colúmbia	12) Vilanova	12) Não reagente	12) 15N/140C	12) 15N/140C	12) 15N/140C
13) Colúmbia	13) Vilanova	13) Não reagente	13) 15N/140C	13) 15N/140C	13) 15N/140C
14) Colúmbia	14) Vilanova	14) Não reagente	14) 15N/140C	14) 15N/140C	14) 15N/140C
15) Colúmbia	15) Vilanova	15) Não reagente	15) 15N/140C	15) 15N/140C	15) 15N/140C
16) Colúmbia	16) Vilanova	16) Não reagente	16) 15N/140C	16) 15N/140C	16) 15N/140C
17) Colúmbia	17) Vilanova	17) Não reagente	17) 15N/140C	17) 15N/140C	17) 15N/140C
18) Colúmbia	18) Vilanova	18) Não reagente	18) 15N/140C	18) 15N/140C	18) 15N/140C
19) Colúmbia	19) Vilanova	19) Não reagente	19) 15N/140C	19) 15N/140C	19) 15N/140C
20) Colúmbia	20) Vilanova	20) Não reagente	20) 15N/140C	20) 15N/140C	20) 15N/140C
21) Colúmbia	21) Vilanova	21) Não reagente	21) 15N/140C	21) 15N/140C	21) 15N/140C
22) Colúmbia	22) Vilanova	22) Não reagente	22) 15N/140C	22) 15N/140C	22) 15N/140C
23) Colúmbia	23) Vilanova	23) Não reagente	23) 15N/140C	23) 15N/140C	23) 15N/140C
24) Colúmbia	24) Vilanova	24) Não reagente	24) 15N/140C	24) 15N/140C	24) 15N/140C
25) Colúmbia	25) Vilanova	25) Não reagente	25) 15N/140C	25) 15N/140C	25) 15N/140C
26) Colúmbia	26) Vilanova	26) Não reagente	26) 15N/140C	26) 15N/140C	26) 15N/140C
27) Colúmbia	27) Vilanova	27) Não reagente	27) 15N/140C	27) 15N/140C	27) 15N/140C
28) Colúmbia	28) Vilanova	28) Não reagente	28) 15N/140C	28) 15N/140C	28) 15N/140C
29) Colúmbia	29) Vilanova	29) Não reagente	29) 15N/140C	29) 15N/140C	29) 15N/140C
30) Colúmbia	30) Vilanova	30) Não reagente	30) 15N/140C	30) 15N/140C	30) 15N/140C
31) Colúmbia	31) Vilanova	31) Não reagente	31) 15N/140C	31) 15N/140C	31) 15N/140C
32) Colúmbia	32) Vilanova	32) Não reagente	32) 15N/140C	32) 15N/140C	32) 15N/140C
33) Colúmbia	33) Vilanova	33) Não reagente	33) 15N/140C	33) 15N/140C	33) 15N/140C
34) Colúmbia	34) Vilanova	34) Não reagente	34) 15N/140C	34) 15N/140C	34) 15N/140C
35) Colúmbia	35) Vilanova	35) Não reagente	35) 15N/140C	35) 15N/140C	35) 15N/140C
36) Colúmbia	36) Vilanova	36) Não reagente	36) 15N/140C	36) 15N/140C	36) 15N/140C
37) Colúmbia	37) Vilanova	37) Não reagente	37) 15N/140C	37) 15N/140C	37) 15N/140C
38) Colúmbia	38) Vilanova	38) Não reagente	38) 15N/140C	38) 15N/140C	38) 15N/140C
39) Colúmbia	39) Vilanova	39) Não reagente	39) 15N/140C	39) 15N/140C	39) 15N/140C
40) Colúmbia	40) Vilanova	40) Não reagente	40) 15N/140C	40) 15N/140C	40) 15N/140C
41) Colúmbia	41) Vilanova	41) Não reagente	41) 15N/140C	41) 15N/140C	41) 15N/140C
42) Colúmbia	42) Vilanova	42) Não reagente	42) 15N/140C	42) 15N/140C	42) 15N/140C
43) Colúmbia	43) Vil				

1000 cas	() Presença			Esvaziado	() Presente	() Ausente	() Calistória
	REGULAÇÃO TÉRMICA						
() Anótil	() Hipotermico	() Hipertérmico		() Normal	() Diúctio	() Conspicuo	() Melato
() Feoil	() Ventoso	() Pirocto		Films	() Presença	() Ausente	
() Acarpirexis					REGULAÇÃO ADOMINAI		
				() Polymetaco	() Distensio	() Mcholo	() Cifilulo

CARACTERÍSTICAS DA PELLE			CARACTERÍSTICAS DA PELLE		
1. Hidratada	1. Desidratada	1. Ressecada	1. Hidratada	1. Desidratada	1. Ressecada
1. Macia	1. Rígida	1. Firme	1. Macia	1. Rígida	1. Firme
1. Elástica	1. Inelástica	1. Flexível	1. Elástica	1. Inelástica	1. Flexível
1. Branca	1. Amarelada	1. Vermelha	1. Branca	1. Amarelada	1. Vermelha
1. Lisa	1. Rugosa	1. Lisa	1. Lisa	1. Rugosa	1. Lisa
1. Normal	1. Anormal	1. Normal	1. Normal	1. Anormal	1. Normal

[illegible]

SISTEMA RESPIRATÓRIO									
Pulmão		Brônquio		Tracheia		Faringe		Laringe	
1. Pulmão	2. Brônquio	3. Tracheia	4. Faringe	5. Laringe	6. Tracheia	7. Faringe	8. Laringe	9. Tracheia	10. Faringe

Ortopedia		Sim		Não		CONTROLE DE CATERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES										Data		Tratado em	
Cateter Periférico	() Sim	() Não	Local							Data				Tratado em					
Cateter Central	() Sim	() Não	Local							Primeira realizada em				Tratado em					
Sinal de infecção no site da punção	() Sim () Não																		
Sondas	() Sim	() Não	() SNG	() SNG	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN	() EN		
no do			Assento da sonda												Quantidade				
Cateter Vesical	() Sim	() Não	Data da troca							Tratado em									
Prótese	() Sim	() Não	tipo							Data									

DIAGNOSTICO DE LINFOMAS		
1	1) Desquamação	1) Fadizo respiratório reflexo
2	2) Risco de infecção desequilibrada	2) Defeito na autoconsciência para a manutenção
3	3) Risco de infecção a nível	3) Defeito na autoconsciência para a autohigiene
4	4) Risco de desequilíbrio da volume de líquidos	4) Conhecimento delirante
5	5) Volume de líquidos excessivo	5) Conhecimento verbal prejudicado
6	6) Volume de líquidos deficientes	6) Risco de degradação humana comprometida
7	7) Emissão urinária prejudicada	7) Processos familiares disfuncionais
8	8) Risco de contaminação	8) Risco de quedas
9	9) Distúrbio	9) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
10	10) Incontinência fecal	10) Dor aguda
11	11) Padrão de sono prejudicado	11) Dor crônica
12	12) Mobilidade flexora prejudicada	12) Náusea
13	13) Integridade da pele prejudicada	13) Risco de pneumonia
14	14) Risco de integridade da pele prejudicada	14) Risco de infecção
15	15) Conforto prejudicado	15) Ventilação espontânea prejudicada



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

4083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958
 PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS
 AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 08/02/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3 HORÁRIO:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD 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 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 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 HRS	
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

6 B. 106x65 74 35,7°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130/70	98	20	36,1°C
18 H	146/82	72	20	36,6°C
24 H	124/77	78	-	36,6°C

Dr. Odinachi Ometun
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 AN 13 H 106x65 74 35,7°C
 medicacao: 100mg de tramadol
 + SSV 100mg 6/6h

Nome Completo	Data	Enfermeira	Leito	
Procedência	Idade	Sexo		
Colocamento ou Prescrição		Hipótese Diagnóstica		
Alergia		Qualificação		
Necessidade de Interpretação		Qualificação		
Procedimento		Data		
Deambulação		Assistência de Enfermagem		

SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Hiperreflexo				<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Jato sistólico			
<input type="checkbox"/> Pupila <input type="checkbox"/> Pupila				<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Jato sistólico			
SISTEMA GASTROINTESTINAL				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
<input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito				<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Hematuria			
<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena				<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Hematuria			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO			
<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Cianose				<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deformidade			
<input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia				<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deformidade			



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HRCR

Protocolo 1

Versão: 03

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Todorov dos Santos

Leito: 408-3

Data: 06/08/19

Localização



Região MLE

Grav: I () II () III () IV () V ()

Etiologia

() Queimadura () Queimadura () DM () Vascular
() Trauma () Traço () Fixador Externo () Intoxicação
() Outro

Aparência do

() Necrose Amarelha/Verde () Escarado () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal () Macerado () Seca () Fritura () Rubor
() Outro

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
() Outro

Quantidade de

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro

Procedimento

() 12/12 () 12/12 () 48/48h

Profissional que

realizou procedimento: Maria de Jesus M. Viana
Aluna de Enfermagem
COENFERMAGEMEnfermeiro(a) Responsável: Rafaela Miguel De Jesus
Enfermeiro(a) Responsável: Rafaela Miguel De Jesus

Observações:



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

408
3

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNOSTO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 07/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X 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 8/8H 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 SIMETIGONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIARIO

14 SSVV + CCGG 8/8 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 LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C
12 H	100 x 70	70	20	36,9°C
18 H	151 x 92	71	20	36°C
24 H	130 x 80	70	16	36°C

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

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

Nome	Data	Enfermeira	Leito
		Idade	Sexo
Nome Completo		História Diagnóstica	
Procedência		Padrão	Cortado
Exatidão da Prescrição	Sim	Não	Qualificação
Alergia	Sim	Não	Qualificação
Necessidade de Interpretação	Sim	Não	Qualificação
Possibilidade de Interpretação	Sim	Não	Qualificação
Exatidão da Prescrição	Normal	Sem Desempenho	Qualificação

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente	() Desorientado	() Normotensão	() Hipotensão
() Sono	() Dispositivo	() Normotensão	() Hipotensão
() Agitado	() Resposta a estímulos	() Pulso cheio	() Edema

PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorefratária	() Miotica	() Normotensão	() Hipotensão
() Escotadas	() Anisocoria	() Normotensão	() Hipotensão
() Agitado	() Resposta a estímulos	() Pulso cheio	() Edema

REGULAÇÃO (PRIMÁRIA)		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Febre	() Hipotensão	() Normotensão	() Hipotensão
() Febre	() Hipotensão	() Normotensão	() Hipotensão
() Hipotensão	() Hipotensão	() Normotensão	() Hipotensão

CARACTERÍSTICAS DA PELE		SISTEMA URINÁRIO / BILIOESF	
() Hiperemia	() Hiperemia	() Normotensão	() Hipotensão
() Normotensão	() Hipotensão	() Normotensão	() Hipotensão
() Anisocoria	() Hipotensão	() Normotensão	() Hipotensão

SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO	
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão

OCUPAÇÃO DE CATEGORIAS/SUNDAS/DRUGS/ÓRTESES E PROTESSES		OCUPAÇÃO DE CATEGORIAS/SUNDAS/DRUGS/ÓRTESES E PROTESSES	
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão
() Espirto	() Espirto	() Normotensão	() Hipotensão



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

41083

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DMZ DATA 08/02/2019

IDADE 60 LEITO 408-3

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA, OU 1 CP V.O. S/N

7 TENÓXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DÍPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFD 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 VO 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/8 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 (50).
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;
351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 DLML GLICOSE
50% 40-ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEARIL, EUPNÍFICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	84	18	36,2
18 H	124/82	96	19	36,2
24 H	140/80	84	20	36,2

Dr. Odinech Okem
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 2851-RR

Obs: Não foi realizado o desbio do paciente de horário
por que as fitas que tem é somente p/ realizar desbio
de urgências. Exa de plantas Aente! N x: A-ra

[illegible][illegible]

Curativo realizado () Sim () Não		SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Equipamento	() Radiporoxu	() Traqueostomia	() Equipamento	() Anestesia	() Traqueostomia
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Peritônio	() Sim () Não	Local		Data	
Cateter Gástrico	() Sim () Não	Local		Curativo realizado em	
Sinais de Infecção no sítio de punção	() Sim () Não	() Sim () Não		() Lavagem	() Sifonagem
Sonda	() Sim () Não () NG	() SNG () ENP () NGC () ST		Quantidade	
Dreno CP		Aspecto da secreção			
Cateter Vesical	() Sim () Não	Data da instalação			
Protese	() Sim () Não	Local			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					

Problema	Sinais e Sinais	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Deficiência		
Risco de nutrição desequilibrada		Risco de nutrição desequilibrada
Risco de síndrome metabólica		Risco de síndrome metabólica
Risco de desidratação de volume de líquidos		Risco de desidratação de volume de líquidos
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 lesões
Diarréia		Risco de desequilíbrio da temperatura corporal
Constipação intestinal		Surto agudo
Padrão de sono prejudicado		Barulho
Atividade física prejudicada		Atividade
Integridade da pele prejudicada		Risco de broncoaspiração
Risco de integridade da pele prejudicada		Risco de infecção
Conforto prejudicado		Verificação espontânea por unidade



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			
AGNOSTICAR	FRATURA-LUXACAO TORNOMELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 09/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS			3ND
2	AVP			Manutenção
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N			
10	TRAMAL 200MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSW + CCGG 6/6 H			
15	DEXTRO 6/6HRS 11 (15mg) + 125mg 23 164			06.1.167
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			0.300F
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			17.250060
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 > 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/70	73	18	36,5°C
18 H	130/90	71	18	36,7°C
24 H	125/80	80	20	36,3°C

D. Odysseu Okemir
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851/RR

06.2.22/16: 34 18 35,8°C



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

Bloco	Data	Unidade	Idade	Sexo	UF	IM
Nome Completo		Hipótese Diagnóstica				
Procedência		Estrutura - responsável				
Exatidão da Prescrição		Estrutura - responsável				
Alergia		Qual idioma				
Necessidade de interpretação		Obj				
Exatidão da Prescrição		Exatidão da Prescrição				
Exatidão da Prescrição		Exatidão da Prescrição				

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Consciente	Orientado	Desorientado	Consciente
Sensível	Presença	Presença	Presença
Agitado	Presença	Presença	Presença

PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Isotópicas	Isotópicas	Isotópicas	Isotópicas
Isotópicas	Isotópicas	Isotópicas	Isotópicas

REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

CARACTERÍSTICAS DA PULS		SISTEMA URINÁRIO/ADRESE	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

SISTEMA RESPIRATÓRIO		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Normal	Normal	Normal	Normal
Normal	Normal	Normal	Normal



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Laboratório: 02/2013

Atualizado: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

João Teodoro

data

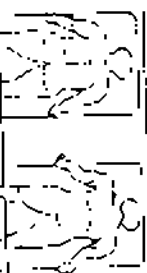
Saulo

HCR

Leitos: 408-3

Data: 09/08/19

Realização



Região M.I.E.



Região

Etiologia

☒ PP (1) ☐ Queda (1) ☐ Queimadura (1) ☐ DM (1) ☐ Vasculite
☒ Trauma (1) ☐ Exatol Exatol (1) ☐ Podopodria
☐ Outro

☐ PP (1) ☐ Queda (1) ☐ Queimadura (1) ☐ DM (1) ☐ Vasculite
☐ Trauma (1) ☐ Exatol Exatol (1) ☐ Podopodria
☐ Outro

Aparência do

☐ Necrose Amarelada/Negra ☒ Estufa ☒ Granulação ☐ Fibrinização
☐ Borda fechada ☐ Dureza Sonda ☐ Outros

☐ Necrose Amarelada/Negra ☐ Estufa ☐ Granulação ☐ Fibrinização
☐ Borda fechada ☐ Dureza Sonda ☐ Outros

Pele Periférica

☒ Normal ☐ Alterado ☐ Úlcera ☐ Escoriação ☐ Ruptura

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Úlcera ☐ Escoriação ☐ Ruptura

Tipo de Exatol

☐ Purulento ☒ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro

☐ Purulento ☐ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro

Qualidade de

☐ Molhado ☒ Seco

☐ Molhado ☐ Fino

Sintomas de

☒ Sinais fisiológicos 50% ☒ Chama-se 2% ☐ Ázua 70%

☐ Sinais fisiológicos 50% ☐ Chama-se 2% ☐ Ázua 70%

Largura

☒ 0,5 cm ☐ 1 cm ☐ 1,5 cm ☐ 2 cm ☐ 2,5 cm ☐ 3 cm ☐ 3,5 cm ☐ 4 cm ☐ 4,5 cm ☐ 5 cm

☐ 0,5 cm ☐ 1 cm ☐ 1,5 cm ☐ 2 cm ☐ 2,5 cm ☐ 3 cm ☐ 3,5 cm ☐ 4 cm ☐ 4,5 cm ☐ 5 cm

Profundidade

☒ 0,5 cm ☐ 1 cm ☐ 1,5 cm ☐ 2 cm ☐ 2,5 cm ☐ 3 cm ☐ 3,5 cm ☐ 4 cm ☐ 4,5 cm ☐ 5 cm

☐ 0,5 cm ☐ 1 cm ☐ 1,5 cm ☐ 2 cm ☐ 2,5 cm ☐ 3 cm ☐ 3,5 cm ☐ 4 cm ☐ 4,5 cm ☐ 5 cm

Profissional que

realizou

Maria de Fátima N. Ramos

Assistente de Enfermagem

Cristina dos Santos

procedimento

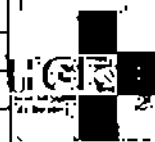
procedimento

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	D/H		DN	15/06/1958
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNOSTIC FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS	HAS	DM2	100012018
----------	-----	-----	-----------

IDADE	50	LEITO	408-3	DATA	10/02/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS	500g
---	--	------

2	AVP	
---	-----	--

4	OMEPRazol 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	
---	--	--

7	TENOXICAM 40 MG EV 0.1 X DIA S/N	
---	----------------------------------	--

8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	250
---	------------------------	-----

8	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	
---	----------------------------	--

10	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML EV DE B/H SE DQR INTENSA	50
----	--	----

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	30
----	---	----

12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O-B/8 HRS S/M	70
----	---	----

13-	CURATIVO DIARIO	
-----	-----------------	--

12	SSW + CCGG:6/6 H	10/10/10
13	SSW + CCGG:6/6 H	10/10/10

15	DEXTRO 6/6HRS	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15	AMITRIPTILINA, 25MG 1 CP VO KA NOITE	15
16	AMITRIPTILINA, 25MG 1 CP VO KA NOITE	16

16	AMT/VAL	1000000
17	CEEPIME 1G EV BYHRS	

[illegible]

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

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: REG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEÍCO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	125/81	94	3/R	363
18 H	132/80	533	3/R	362
24 H	128/70	187		361

Dr Odinechy Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Arm 4B51-3R

[illegible]



Número de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

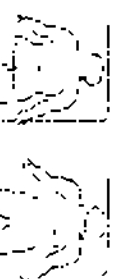
Paciente:

FICHA

Idade: 108-3

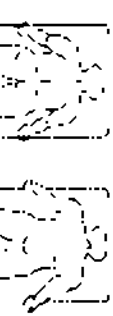
Data: 10/02/19

Localização



Região

M.I. E



Região

Fisiologia

() ALP () III IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Tensão () Fator Fixador () Infecção
() Dor

() PP () TT IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Tensão () Fator Fixador () Infecção
() Dor

Aparência do

() Neutro () Amarelado () Verde () Escuro () Epitelização
() Ferida fechada () Ferida aberta () Outros

() Neutro () Amarelado () Verde () Escuro () Epitelização
() Ferida fechada () Ferida aberta () Outros

Pele Periférica

() Normal () Macerada () Seca () Fissurada () Rubra
() Outros

() Normal () Macerada () Seca () Fissurada () Rubra
() Outros

Tipo de Exsudado

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outros

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outros

Quantidade de

() Pouco () Muito () Muito () Muito () Muito

() Pouco () Muito () Muito () Muito () Muito

Solução de

() Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outros

() Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outros

Cobertura

() Gaze () Colágeno () Hidrogel () Sulfadiazina de Prata () Hidrocolóide
() Outros

() Gaze () Colágeno () Hidrogel () Sulfadiazina de Prata () Hidrocolóide
() Outros

Local

() 232 () 1818E

() 11322

() 11322

() 11322

Profissional que

realizou

Sueli Lima

preenchimento

Sueli Lima

Sueli Lima

Observações

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: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
 AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 11/02/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	5 L/D
2	AVP	1000
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 B/BH S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 0.9% 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. B/B HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + DCGG B/B H	
15	DEXTRO-6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV B/BHRS	
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	130/80	FC 80	FR 14	36°C
12 H	120/80	90	20	36°C
18 H	150/98	123	20	36.5°C
24 H	137/85	80	14	36°C

Dr Odinachi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1861-RR

7 de 13 h foi admitido -
 medição de glicose de 190 mg/dl
 + SSVV - 150 mg/dl
 DEXTRO - 150 mg/dl
 DEXTRO - 148 mg/dl

13 de 13 h, adm. med.
 CPM e de 140 mg/dl
 + SSVV
 140 mg/dl

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

41083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958
 PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS
 AGNOSTIC: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 12/02/2019

TEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD DIA OU 1 CPV 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 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 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 DIARIO	
14	SSVY + CCGG 8/8 H	
15	DEXTRO 6/8HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFERIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20	SE DIABETICO CORRECAO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300, 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, 401-450 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR REANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BCG, LITE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCÓRADO, HIDRATADO.
 PRÉVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	PS
6H	120/70	87	20	36.0
12H	120/70	87	20	36.0
18H	120/70	87	20	36.0
24H	120/70	87	20	36.0

Dr. Odinachi Okemlin
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 851-RR

Nome	Data	Entrevista	Idade	Sexo	Profissão
Nome completo					
Procedência					
Isolamento ou contato	Sim	Não	Idioma	Entrevista	Idioma
Alargado	Sim	Não	Qualidade		
Processo de interpretação	Sim	Não	Qualidade		
Processo de interpretação	Sim	Não	Obs		
Descrição	Sim	Não	Adaptado	Idioma	Idioma

[illegible][illegible]



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente:

Jorge Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data: 12/10/2019

Localização



Membro

Superior

Direito

Região

Antebraço

Distal

Proximidade

Distância

Direção

Sentido

Forma

Tamanho

Profundidade

Características

Observações

Data

Hora

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

Outros

Assinatura

Rubrica

Carimbo

183

[The main body of the document contains dense, illegible text, likely a scan of a document with a very low quality or a heavily redacted page. The text is too small and noisy to transcribe accurately.]



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

Eu João Teodoro da Silva CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is)erei 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.) Foi 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 retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 15 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

111



JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE BORAMA

19602010 12:50:08



...IDAD TEBORO

HOSPITAL GENERAL DE BOGOTÁ

D

JOAO TEDEORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EXAMEN DE LABORATORIO

20/06/81

10/10/81 14:00

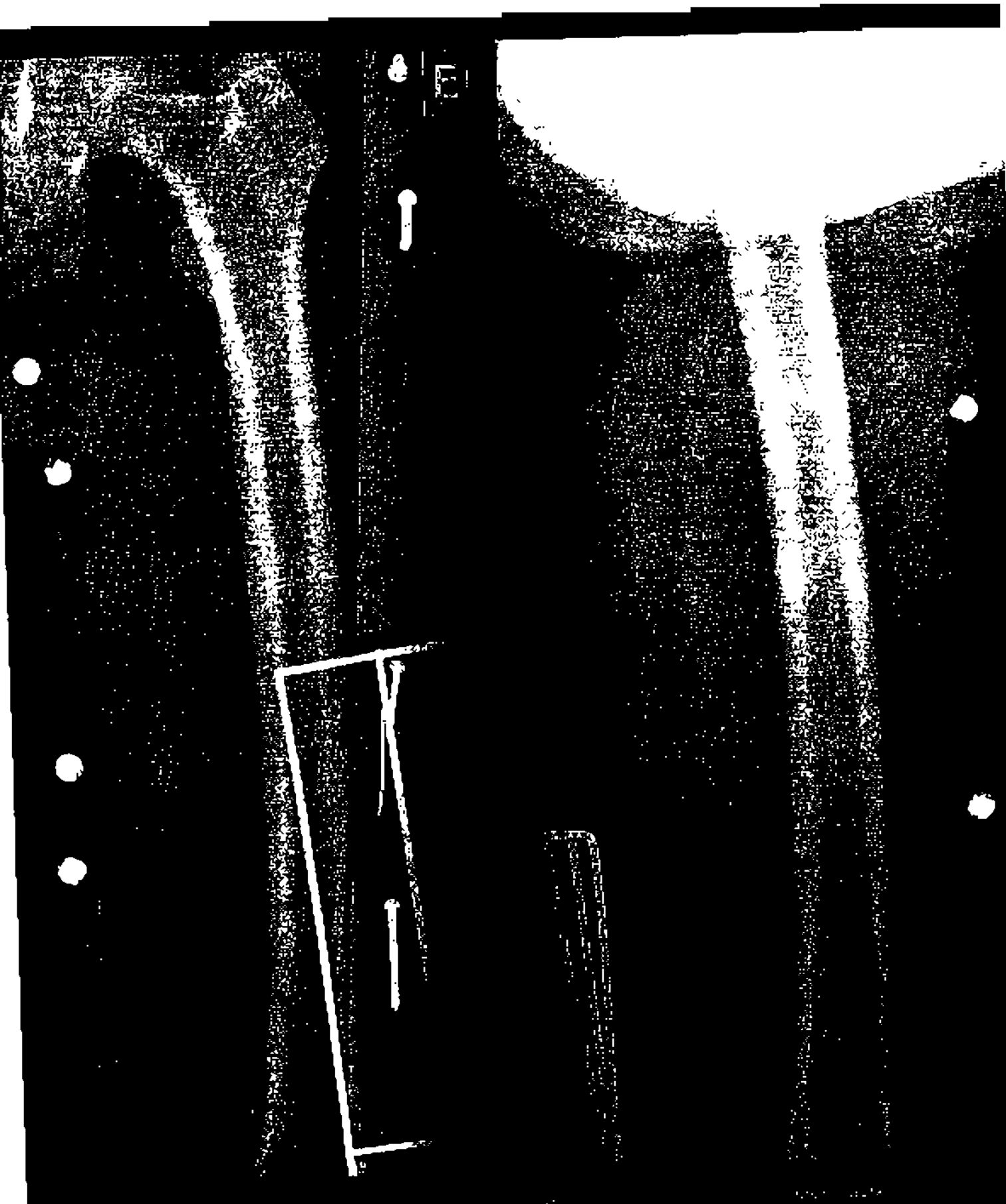


III

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEODORO DOS SANTOS, D. RODRIGUES, A.



JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. MARCOS ROBERTO MORGANIELA

233

JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

14 WINGARDEN ED. RORAIMA





11

JOAO TEODORO DOS SANTOS

19912010 12:53:50

JOSEFINA GERAL DE ROCHA

19912010 12:53:50





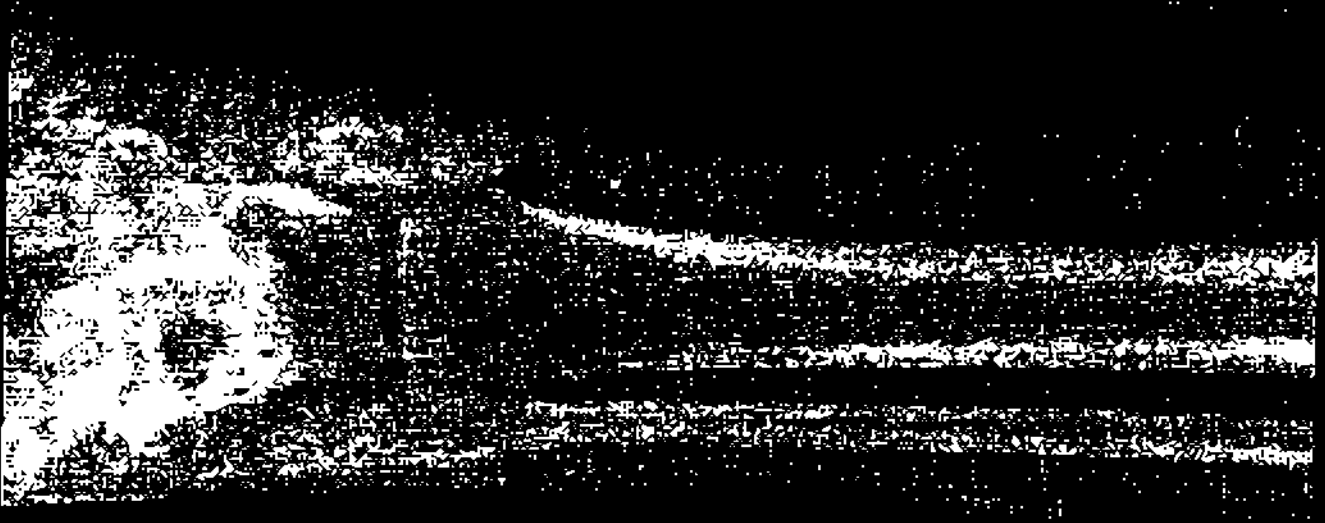
JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEODORO RODRIGUES RODRIGUES A 7000

15/11/2018 10:50:02

11



121

JOAO TEODORO

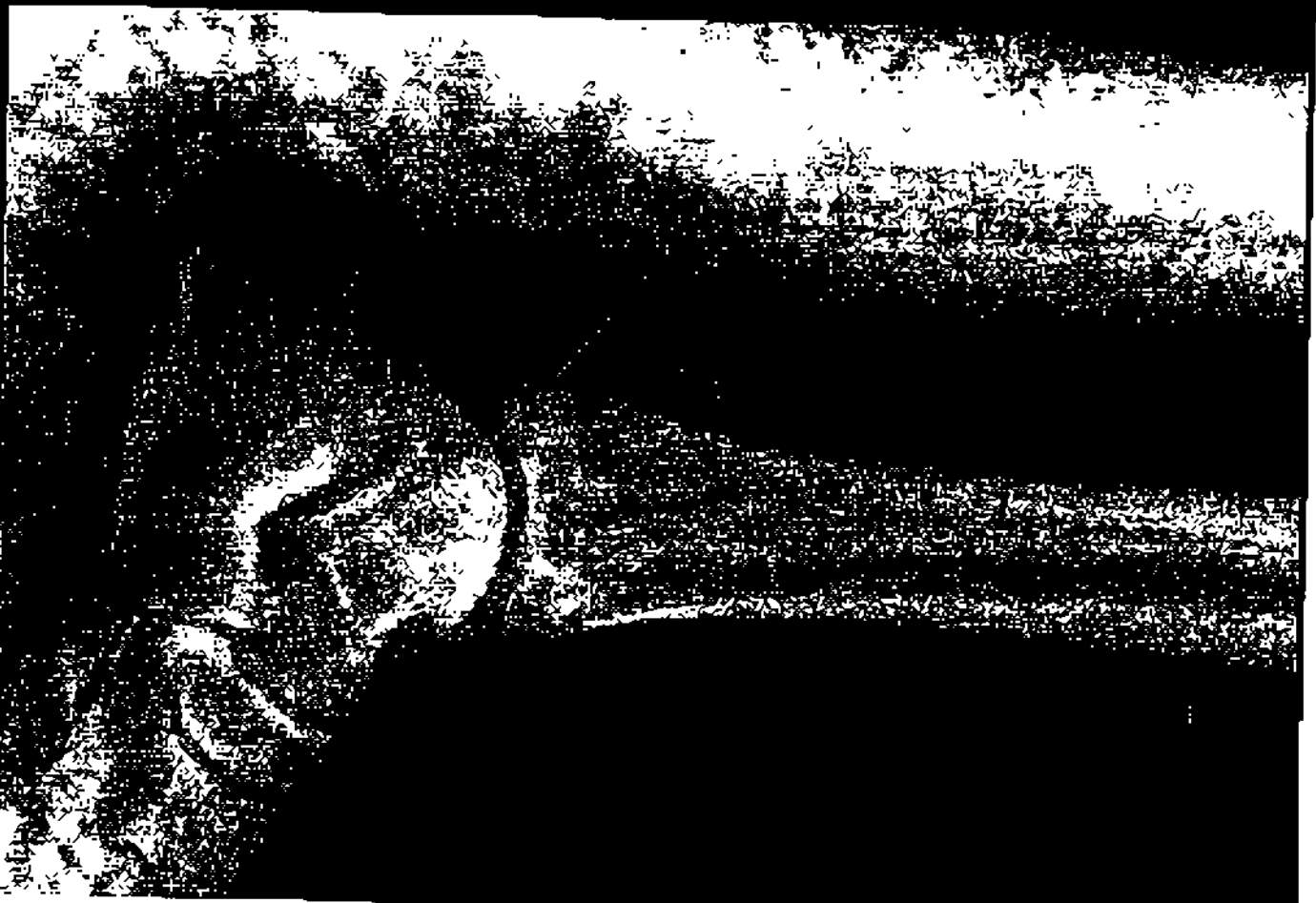
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: LITTO 329

Data: 03/03/2019

M: 182

TEOTRALLI SON



121



Page 101

Page 102

Page 103

Page 104

Page 105

Page 106

Page 107

Page 108

Page 109

Page 110

Page 111

Page 112

Page 113

Page 114

2000

JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLINICAS

27/03/2019

10

27/03/2019

Tec

Nr 275

7/1/93

JOAO TEODORO DOS SANTOS

ID:

Nr: 275

HOSPITAL DAS CLINICAS

Data: 27/03/2019

Tem:

107,6 °C

HOSPITAL, COPEQUE, MICH.

JUAN LOS SANTOS

1940

1940



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

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Roberto dos Santos

Jose Roberto

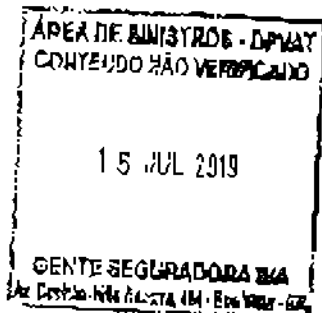
*fratura de fêmur no 7º e 8º (E)
no osso da perna esquerda
com fratura da cabeça do fêmur
com fratura da cabeça do fêmur
com fratura da cabeça do fêmur*

28/05/19

Dr. Maurício Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19174/R

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



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

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1801059735	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 D	CNS 70700485	CPF 880433	Prontuário 00160390	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 140853	Órgão Emissor SSP-RR	Data Emissão 21/08/1993	Sexo M	Estado Civil NAO	Raça/Cor PARDA	
Mãe MARIA TEODORO DOS SANTOS		Data Nascimento 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	Autunzação	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Carater do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Selar GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por DANIEL VIANA		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem **alergia**

GSC AC. 1234 RV. 12345 MRV 123456 TOTAL 15

anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h)

Valendo vítima de colisão moto moto, trazido pelo samu, refere uso de cinto de segurança, mega perda da consciência e vômito

Exame Físico
BEG LOTE, expulso, alarinos, normotensos, sítios afeitos peritros, garganta 15, refere dor em MMII (E)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO 20 JUL 2019 OBSERVAÇÃO

1 Difusos 2g EV

2 Talat 40mg EV

Eletr. M. A. Ribeiro
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 62817-TEC

ÁREA DE SINISTROS - DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Copo do Jato Balanta 484 - Boa Vista - RR

3 Paciente irritado e não cooperativo, seu procedimento de limpeza e curativo, realizou do GT

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatorio

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revólvia ☐ Internação

☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

ÁREA DE SINISTROS - DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

16 JUL 2019

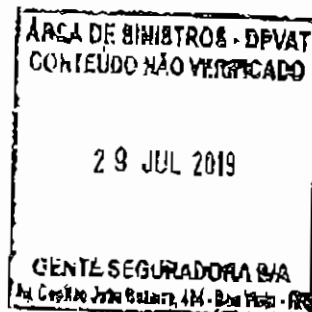
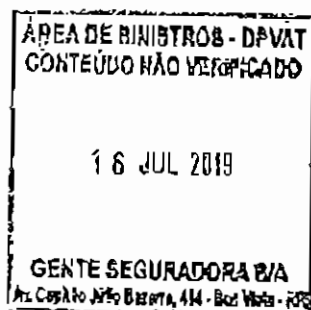
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Copo do Jato Balanta 484 - Boa Vista - RR

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 15/01/2019 12:19:26

1801059735

Redução de Lucro
Intenção PJ
Curpa

Dr. Dalcson Reizosa
Cirurgião - Traumatologia
CRM/RJ 1178



NIR

Transg. HC 13.02.19

1851

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - GEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CID - IDDE MUNICIPAL	
15 - UF		16 - CEP	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS)	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
21 - CID 10 - PRINCIPA	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO (CID 10 CASAS ASSOCIADAS)	

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
25 - CLÍNICA		26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
27 - DOCUMENTO		28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 18517851)		32 - Nº DO BILHETE	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		36 - UNICU (COM A PREVIDÊNCIA)	
37 - EMPREGADO		38 - EMPREGADOR	
39 - AUTÔNOMO		40 - DESEMPREGADO	
41 - APOSENTADO		42 - NÃO SEGURO	

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CID - CID DO EMISSOR	
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 18517851)	

até 4.2

03080/0019
5828 T068
5830 V299

10

7

11

408-3



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		Joaquim Trindade		DN	
PACIENTE	Joaquim Trindade				
DIAGNÓSTICO	Fratura - fêmur - fechada - com medula				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO		DATA	15/07/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				14h
5	DIPIRONA 500MG EV 8/6H				18h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capito João Batista, 44 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

cancelado

108-3

Dr. Odinaclor Antônio
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 125104

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capito João Batista, 44 - Boa Vista - RR

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

Enfermeiro
Fechuryson de Freitas Ribeiro

João + Rodolfo

408-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	P. F. E. (circled) Martins		
DIAGNÓSTICO	Fratura		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	16/01/14
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LYRE <i>Para Dm 2</i>		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		monda
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12:48 24:00
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Rolixa
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		Alanca
14	CURATIVO DIABIO		
15	<i>Insulina regular 500 Uj (circled) 8/8h</i>		<i>40 220 00</i>
16	<i>Cefalotina 40 Uj (circled) 6/6h</i>		<i>(circled)</i>
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Dm 2
fr de TN2

SINAIS VITAIS				
6 H	130/86	89	30	20
12 H				
18 H	133/80	81	sem relac	36°C
24 H	128/72	78		36°C

408-3

MEDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Dr. João + Rodolfo

15:30 Q2
 PA ~ 40 x 70
 PC ~ 84 e
 TX 36

R: 34 Dinore Proxente

Maria de Fátima da Silva
 Técnica em Enfermagem

035: Paciente procedente do CT
Admitido às 15:50.

Em cadeia de medicação
ao anfitrião, exerceu, outado,
Mantendo AUP. em MSD. Segue
as ordens da equipe de
enfermagem.


~~FRANCISCO~~
Francisco Alencar Rodrigues
RGTEN 503.432 - ENF

037:00 administrado medicação verificada
do sinais vitais

Martina Frazão Farias
Aux. de Enfermagem
= 510.509 AUX

06:00 - Rubens m.c.p.,
admitido exerceu, no que aos
ordens da Eq. de Br.

1 408-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS						
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	17/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5ND
2	AVP					manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					SN AZ
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: 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						

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 Odlnachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Cpm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	88	20	36,5°C	
18 H	148/90	98	20	36,9°C	
24 H					

Realizado coleta de sangue

E-80H

às 13h → Realizadas curações de
enfermagem. Adm: médicos do
item 9, pct quinquase de don.
farmacia

13 as 19h,

Foram Adquiridos

vitais, ~~tem~~ curados.
de enfermagem.

W
W
W
W
W
M
Monitor

CM
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 11.366-TE



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

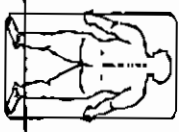
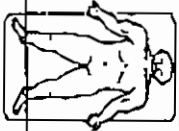
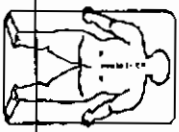
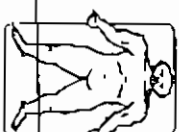
HGR

Paciente:

Ygori Teodoro dos Santos

Leito: 408.3

Data: 17/10/19

Localização	 	Região: M.T.E	 	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input 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			
Pele Periferecional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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:			
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	Rogério Aguiar			
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	18/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				monter
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	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

SSVV 06
PA 720/80
SC 703
T 36.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150X100	70	20	36°C
18 H	151X94	71	20	35,6°C
24 H				

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

7:00 às 19:00h.
O horário das 11:00 paciente relatou repouso
boa, apresentou pico hipertensivo, administrado captopril
200, depresso a. Vítima de acidente de trânsito. Segue os
dados de evolução. Silvana com 414841

Obs: com pontuação recom que sofreu um acidente de m
io e nesse momento o corpo este foi socado da sua cabece
esse apresenta-se de cepoleira de grande intensidade, tipo PRESS



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Simila Vieira de Sousa
Enfermeira
CRM-RR 396.364

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 6/8H S/N				SU
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SU
13	CURATIVO DIÁRIO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Revisão
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					Dr Odlnachi Okem Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1852/RR
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	

7.00 às 19.00h -
 realizado somente verificação dos sinais vitais
 que nos cuidados de enfermagem

Simila Vieira de Sousa
Auxiliar de Enfermagem
CRM-RR 396.364



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	20/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SV
2	AVP				Monte
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 6/8H S/N				SV 12 6:35
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				curativo
14	SSVV + CCGG 8/8 H				Realizar
15					
16					
17					
18					
19					
20					SV
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 Odinaeli Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	143x80	77	20	35,5	
18 H	142x84	81	18	35,5	
24 H	130x86	79		36,1C	

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

Obs: pcte relata que está com
cefaleia todos os dias depois
que batem a cabeça. Tem linzibite



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08



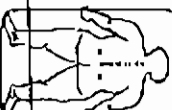

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Paciente: João Tróvão dos Santos

Leito: 408.3

Data: 19 / 04 / 19

Localização	 	Região: M.I.E	 	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: 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:			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	<div>João Tróvão dos Santos Enfermeiro HGR - RORAIMA</div> <div>Carla Regina S. Leite Enfermeira HGR - RORAIMA</div>			
Observações:				

Paciente ~~terceiro~~ 8^o
Diabético. ~~trf Jonet~~ ~~con~~ ~~gover~~ 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										S/N	
2		AVP										Manter	
4		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N										S/N	
7		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N										S/N	
8		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N										S/N	
9		DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 18:30 05:30										S/N	
10		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA										S/N	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG										S/N	
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N										S/N	
13		CURATIVO DIÁRIO										M	
14		SSVV + CCGG 6/6 H										Rotina	
15													
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 ele para neurologia. cefaleia intensa, administrando item 09, 18 e 19

OBS: Paciente relata cefaleia, realizado pedido de parcer para neurologia.

Franciele Alencar Rodrigues
CRM 15487-363.032-2345

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	40/110	84	22	35.4
18 H	119/34	84	20	37.2
24 H	120/64	79	19	36.6

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

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

10h Foi realizado coleta de sangue e entrega do laboratório.

3:00 as 19:00h.

colocado prescrição de novos medicamentos. Segue aos cuidados enfermeiros de Enfermagem
CRM-RR 41287-1-ANIX

Angela de S. Rezende
Enfermeira
CRM-RR 1.071.100-TE



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



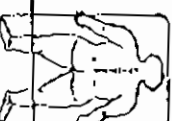

HCR

Paciente:

Jean Frederico dos Santos

Leito: 408-3

Data: 21/01/19

Localização	 	Região: MTE	 	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 Extremo <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 Extremo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro		
Apresentação 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"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <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"/> Hidrogei <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"/> Hidrogei <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"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <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:	Cescha Soares Costa Técnica em Enfermagem BOPE/RR 5989296	Jos Simão de Oliveira Técnico em Enfermagem COREN-RR 1890605-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				SN
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
15	DEXTRO 6/6HRS				SN
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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

SOLUÇÃO 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 Okeniri Residente De Ortopedia e Traumatologia Cpm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
14:12 H	160x90	97	18	36.2	
17:18 H	124/78	88	18	36.6	
24 H	132x90	120	20	36.9	

13 os 19ms, adm, sem
 medicações de handi
 +su

line
 6/6/19



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

4.08-3

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

BLOCO:

UTI:

REGISTRO:

ENFERMARIA:

EMERGÊNCIA:

LEITO:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Paciente do bloco de idosos, vítima
de fratura-luxação do braço direito por acidente
de moto, refere cefaleia intensa e
persistente sem melhora no tratamento
clínico. favor avaliar + concluir
fruto

Dr. Odinechi Okemir
Médico Residente
Otorrinolaringologia
CRM 16511/R

Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que
se trata de região fronteiriça (C). desde então
estando com redução da capacidade de 2 envelopes
de papel que possuem, digamos entre 20 e 30 folhas
de papel expandido sem comprometer muito
do exame (se necessário) sem de muita pressão.
Id. apresenta pós-traumático.

cdi - solicito exam de corno

- sugiro Amikacina 25mg/naite

Dr. Felipe Queiroz Portela
Neurologista
CRM RR 16251/RDE 651

Médico

Siga a disposição

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 IAS DM2
IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 23/01/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS

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 DAPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 DEXTRO 6/6HRS

16

17

18

19

20

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, RELATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÍCO,

FORMECORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

2240 - Troca do Oesso Venoso.

MSD. J. 22.

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR

12 H 130x80 84 98 36,2

18 H 140x80 82 20 32,50

24 H

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

Date: 23/09/2019

५७६।१००=

- () JEPPI LITHIVIA () QUEENSLAND () TACTIC () VASSALAGE
- () TRANSMISSION () TRADITION () VASSALAGE () VASSALAGE

[illegible]

() Neutrose; Amarelha; Nega () 15 (Luzes) () G. (Luzes) () Lip ()
() Fenda Febrida () Drena; Sonda () Outras

:(} Noriit i Maceratio (heca (Jürliena / Ruben

1000

[illegible]

Conclusions

1) Moliprua	1) Umido	() Necei
---	------------	---	---------	---	---------

[illegible]

1	2000-0000 0,9%	()	Clarexina 2%	()	Avor 2,0%
---	----------------	-----	--------------	-----	-----------

$\mathcal{H} = \{ \mathbf{h}_1, \mathbf{h}_2, \dots, \mathbf{h}_M \}$

Chir:

1847.

CONFIDENTIAL 507 20507-

2010



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

HGR

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

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS S/D

2 AVP manter

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA S/N

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG S/N

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N S/N

13 CURATIVO DIÁRIO m

14 SSVV + CCGG 6/6 H Rotina

15 DEXTRO 6/6HRS 12 INT 2 3544 ROGIA 24

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 Odinacl Okemini Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1451-BR
6 H	PA	FC	FR	OT	
12 H	130x80	93	18	36,2	
18 H	146/93	98	19	36,2	
24 H	119x80	88	18	36,2	

ob: h 125x79 83 20 35/60



Unidade de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Teodoro dos Santos

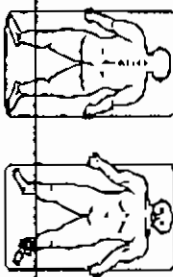
Leito:

408.3

Data: 24/01/2019

Grav II

Localização



Região: M, E



Região:

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal () Macerado () seca () Eritema/Rubor
() Outro:

() Normal () Macerado () seca () Eritema/Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza:

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 () Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Mia Siqueira de Oliveira
COREN-RR 16987-055-TEAdonilde Pereira Araújo
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 107795/TE

Observações:

4



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



DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH		DN		15/06/1958	
PACIENTE		JOAO TEODORO DOS SANTOS							
AGNÓSTIC		FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		60		LEITO		408-3		DATA 25/01/2019	
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO
1		DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS							SND
2		AVP							Manten
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							06/15/19
16		AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE							2-2 MT
17		CEFEPIME 1G EV 8/8HRS							24° 22
18									A
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

19:00 to 7:00
Afundado
Unter
Provincia de Antioquia
Tribunal de Enjuiciamiento
Calle 100 No. 100-100
Código Postal 500000

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

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

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

07513h. pac no duto, aferido SSUO. Deixar nos
realizados, pa faltar ou faltar a glino simeli.
de Christa
de 13h às 14h
(ADM medicamentos, aferido SSUO
ac. Sarah



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

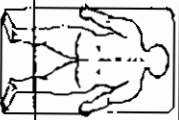


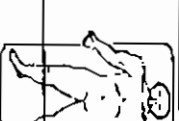
Paciente:

João Teodoro dos Santos

Leito:

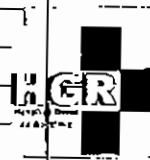
408-3

Data: 25/01/19

Localização	 	Região: M. I. E.	 	Região:
Etiologia	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:</p>			
Aparência de Leito	<p>(X) Necrose: Amarela/Negra (X) Estável (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>			
Pele Perilesional	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u>edemaciado</u></p>			
Tipo de Exsudato	<p>() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</p>			
Quantidade de Exsudato	<p>() Molhado (X) Úmido () Seco</p>			
Solução de Limpeza	<p>(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</p>			
Cobertura primária	<p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</p>			
Tróca	<p>() 12/12 (X) Diário () 48/48h</p>			
Profissional que realizou procedimento:	<p>Joazângela Miguel Deodoro Enfermagem COREN-RR 629.753 César Soares Costa Técnico de Enfermagem COREN-RR 539.290</p>			
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	26/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				ma
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 8/8 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				


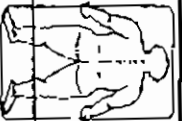
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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	126 RA90	FO22	FR14	36°C
12 H	123 X 75	85	-	36.1
18 H	140 X 40	96	-	35.6
24 H	126 X 87	88	14	36.5

Dr Odinachi Okemli
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

07 em 19
 Realizado os medi-
 cações de horários.
 SSVV conforme Pres-
 crito.
 Dr. Gmidele

Localização		Região: m.s.e		Região
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPII 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"/> LPII 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"/> LPII 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"/> LPII 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"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudado	<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	Luciane Figueiredo Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 550.555	Reginaldo Siqueira Rodrigues Abc de Enfermagem COREN-RR 415275		
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				maia
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
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	Tem.
12 H	ausente do leito			
18 H	170/110	89		36.3
24 H	134x77	86	-	35.5
6 H	123x86	86	-	35.8

Dr Odinachi Okamir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851 BR

DAS 7-19h

Adm. medicações de horário CPM

Aferido sinais vitais. Apresentação

he per tensão adm. últm @ 11. Tcc. Enfermeiro

COREN-RR 903.000 TE

Tratamento de Feridas -

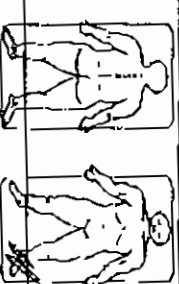
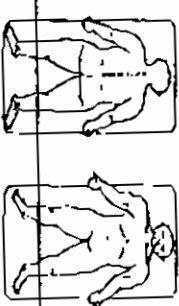
HGR

Paciente:

Seção 4 dos Santos

Leito: 408 - 3

Data: 27 / 01 / 19

Localização		Região: MLE		Região
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade do Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento.	Luciene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem CRP 389.803			
Observações:	Larissa Alves Maia Técnica de Enfermagem CRP 1.247.478 - PE			



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					
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	28/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS					S/N
2	AVP					manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N					S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					S/N
13	CURATIVO DIÁRIO					m
14	SSVV + CCGG 6/6 H					Ratino
15	DEXTRO 6/6HRS					067
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					020
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					14-22
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE						
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
-MENTANDO. SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	10x60	83	FR 18
12 H	12x80	76	18
18 H	136/90	87	19
24 H	110x70	95	20

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Cm 1851-88

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Jancine

27th DEXTRO: 94mg/dl

13 as 194, sur no luto,
Adm. megalopis C.P. as
Sperio ~~Aling~~ in Tais.

~~Grubbe & Co. - Hamburg~~
Friedrich-Engel-Strasse
7041 300 15



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Prof. João nº 1

Paciente:

João Teodoro dos Santos

Versão

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Leito:

408-3

Data: 28/01/2019

Localização		Região: ME		Região: ME
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input 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			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Juiz Teodoro dos Santos Médico de Enfermagem COREN-RR 359.803			
Observações:	Remota Benfica			

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	29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				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 8/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				06 L
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				02
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				22/06
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, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	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 05 13h foi verificado
SSVV. - Anamnia -

08:00 - 130/60
Cr: 90 TAV: 36°C
Prestado todos os
cuidados, exames e
tratamento.

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

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

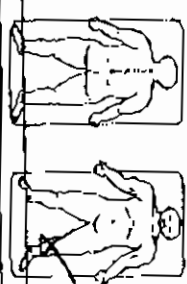

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: João Pedro do Santos

Leito: 408-3

Data: 25/02/19

Localização		Região: MZC		Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> 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 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"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
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:	Eniliana do R. Silva Enfermeira CRP 001.153.45		Claudete de S. Leite Enfermeira CRP 001.153.45	
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
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			ENT
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 II			Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS			15/01/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			15/01/2019
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			15/01/2019
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

19/01/2019
Realizado
medicação
de rotina,
conforme
prescrição
de rotina

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okenir Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 18511 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x73	79	22	
18 H	122/80	85	20	
24 H	132x84	83	—	

12h. Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa
segundo em observação. Tm. Conf. *[Assinatura]*

3:00 às 19:00h.

Realizado administração medicamentosa de rotina,

em conformidade com a prescrição médica, não houve alteração no quadro clínico.

Tratamento de Feridas -

HGR

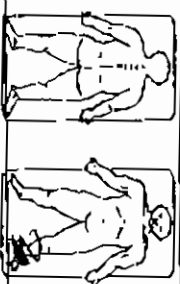
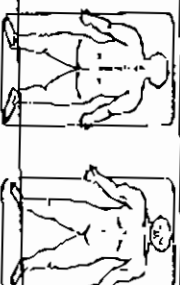
Paciente:

João Fardora dos Santos

Leito:

408-3

Data: 30/01/14

Localização:		Região: MIE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:	<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:		
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"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
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:	Cesar Soares Costa Técnico em Enfermagem COREN-RR 599.290	Larissa Albuquerque Técnica de Enfermagem COREN-RR 1267.228-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: 31/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	SND
2	AVP	manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	22 SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMEFICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	m
14	SSVV + CCGG 6/6 H	potina
15	DEXTRO 6/6HRS	OG
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	22
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

06	120/75	78	19	36.4
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	85	18	36.2
18 H				
24 H	114/82	85	18	36.4

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

49 anos 07. Afirma SSVE de me
 dicado, apeteito tem se por não
 ter um farmaçê. Segue com
 cuidados da enfermagem

12h Realizado Teste AVP. resultado
 Sinais vitais segue em anexo
 de acompanhamento. Te segue

13 de 19h
 ordm. med. CP
 e de home
 + 50
 7076

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									
IDADE		60		LEITO		408-3		DATA	
								01/02/2019	
PRESCRIÇÃO									
ITEM									HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS								S/N
2	AVP								mat
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 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								23 NT 06 NT
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE								23 NT
17	CEI-EPIME 1G EV 8/8HRS								14-22-06
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% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SINAIS VITAIS					Dr Odinaqui Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Crm 1894-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	108/80	96	20	35.9	
18 H	130/96	93	39	36.3	
24 H	131/78	81		36.5	

Das 13 verificadas sinais vitais

Das 13 as 19 hs. Administrado medicação + sv de horário








Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Pro : ° J
Versão :
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

Paciente: Socorro dos Santos
Leito: 408-3
Data: 02/02/19

Localização	 Região: <u>M.I. E.</u> Grau: <u>I (X) II (X) III</u>	 Região: _____ Grau: <u>I () II ()</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma - Tração - Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: - Tração - Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
1º tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COHEN-449/708	<u>Prossperidade P. Nunes</u> Téc. de Enfermagem COHEN-778.577
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
-----------	------------------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS	HAS DM2				
----------	---------	--	--	--	--

IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	03/02/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	SN
---	----------------------------	----

2	AVP	SN
---	-----	----

4	OMEPAZOL 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	SN
----	-----------------	----

14	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
----	-------------------	----

15	DEXTRO 6/6HRS	SN
----	---------------	----

16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	SN
----	-------------------------------------	----

17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	SN
----	-----------------------	----

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	150/63	67	20	36.2
18 H	158/73	88	/	36.5
24 H	112/77	83	-	35.4
6 H	130/90	79	20	36°C

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



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

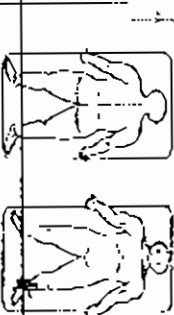
Aécio Teodoro dos Santos

Leito:

408-3

Data: 03/02/19

Localização

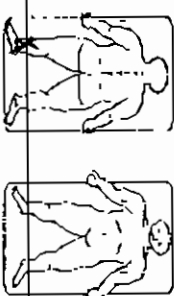


Região: M.I.E.

Grau: I () II (X)

Etiologia

(X) LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:



Região: M.I.E.

Grau: I () II (X)

Aparência do Leito

(X) Necrose Amarela/Negra (X) Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

(X) Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: edemaciado

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: edema macio

Tipo de Exsudato

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze (X) Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze (X) Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 2/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

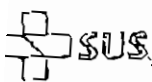
Rosângela Miguel Dondori
Téc. Enfermagem
COREN-RR 829 703

Bernice Sônia Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 349 732

Rosângela Miguel Dondori
Téc. Enfermagem
COREN-RR 829 703

Bernice Sônia Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 349 732

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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ome e pi (E)

18 - CONDIÇÕES DE SAÚDE ANTES DA INTERNAÇÃO

cerceia

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

Exame fis + Ex LAB

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

DMC 2 (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

Dr. Dalsen Feitosa
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PR 1175

Dr. Rodrigo J. B. Dias
Médico
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PR 1175

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento de cirurgia de ome e pi (E)

25 - CLÍNICA

26 - DATA DE SOLICITAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dalsen Feitosa

4/12/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36 - EMPREGADO

37 - EMPREGADOR

38 - AUTÔNOMO

39 - DESEMPREGADO

40 - APRESENTADO

41 - INAD SECURADO

32 - CNES DA SEGURADORA

33 - N° DO BILHETE

34 - SÉRIE

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - CBOA

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11/17/17

4.2

0415040035
R02
M866



João Teodoro L. S. O. A.

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 4/2/11

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

DNC + pi (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

FDO Curvatura em DNC pr (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

M' CAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

D. L. S. O. A.

1º AUXILIAR:

R. L. S. O. A.

2º AUXILIAR:

V. L. S. O. A. R. I.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Dirlson Freitas
Ortopedista/Traumatologista
CRM 12532-BDr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 12532-B

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct DDK + anestesi
2. Anestesi + Anterap + Campos de
3. Realizado desbridamento em area de ferida pr (E)
em tecido devitalizado.
4. 2 nc expost + curativo
5. RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor e Paz em todos os cantos"

FICHA DE ANESTESIA

João Teodoro dos Santos

Idade: 60 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO				Nº									
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 10 11 12 13 </div>				04/02/19									
AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	Q2												
LÍQUIDOS VENOSOS	A												
	M												
DIA	Y												
	D												
X	240												
	220												
ULEO	200												
	180												
MRES	160												
	140												
X	120												
	100												
O	80												
	60												
TEMP	40												
	20												
ASPIR	15												
	10												
RESA	5												
	0												
SÍMBOLOS	Exon												
	Apex												
AGENTES	DOSES	TÉCNICA											
	DOSES	ANOTAÇÕES											
A	Bupivacaína 0,5% 13mg	Ranivina 150mg + Dext 1L											
B		① Opção de 2 sds cateter nasal 24											
C		② Anestesia e antiespasmódico de região											
D		lombos com álcool a 70%, Comps											
E		estêreis, punção suboculocelular											
F		entre L3-L4, agulha Bülck											
G		Nº 20, LCA mestres, dose											
GLICOSE	LÍQUIDOS	normotensão, com infusão											
MOCO		de Bupivacaína 0,5% 13mg											
SANGUE		③ Fentanyl 30mcg + midazolam 2											
TOTAL	1500ml	TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO	Deslondamento de m m i i E	Laringo - Expirado - Expirado Seta											
ANESTESIA	Dr. Moreira (Dr. Faria)	Depressão Respiratória - Hipoxia											
CÓDIGO	Dr. Daniel	"Swelling" - Vômito											
CIRURGIÃO	Dr. Roberto	Hemorragias - Arteria											
FERDA SANGÜEA		Eritr. Taquicardia - Choque											

Dr. Antônio A. Pereira
Assessoria Médica
04/02/2019

④ Efedrina 10mg (IV)

x Entombrado a SAPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Id - 60 anos

NOME DO PACIENTE José Teodoro dos Santos APT OU LEITO 408 - 03 Nº DO PRONTUÁRIO 04 DATA 10.02.11

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INICIO

FIM

TEMPO TOTAL

Abstracamente em lesão gástrica 10:30 10:50

MT. E. T. N. 2 EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA: Raque - 10:25

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
7	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
7	LUVA ESTÉRIL 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			SURGICEJ	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM <u>Placa de Alveolar</u>	
1	SERINGA 20ML		7	PPA CARDIACA <u>Placa de 10x1</u>	
				OUTROS: <u>Placa de 10x1</u>	15

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VA

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]



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	04/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

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

00 às 13:00h

foi realizado deito pois não tem fôlego e
um aparelho no pulmão, não foi realizado
exame de sinais vitais pois paciente está
deitado no leito, encontra-se em
- em condições de emergência

Silvana Carolina Kallus
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 4178/4-AUX

P.O.I. 17:40hs

4083

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jilou & Ledoro dos Santos			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	408-3	DATA	4/12/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LITE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				I 22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H } susp				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml FV OU Orep(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Cefepime 1g 8/8h-iv				
16	Amoxiclav 250 + 125 VO 8/8h				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI, ≥ 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
dores no ombro quando
é feito *Ranitidina*

06- 132/90 P-86 T=36.7°C

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120x69	95	sem assafio	35.7°C
18 H	115/68	98	39	36.2
24 H	135/81	92		36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

7:00 às 13:00h.

Paciente retornar 11:40h do CC, orientado
paciente, realizado avaliação de punção
antebraço, hidratação venosa, segue aos cuidados

Dos 13 às 19 hs.
Administrado medica
4 SV, conforme PM.
aux

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 HORARIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H 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					Dr. Odinechi Okemi Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 18941-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	143/86	87	18	36,4	
18 H	140/90	83	20	37,5	
24 H	137/89	78	19	36,1	

6h 111x69 77 18 35,2

filoso:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:		Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Prevenção: () 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	() Braucárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torporoso	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Miótricas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNG/SOIE	() GIT () NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			

REGULAÇÃO TÉRMICA			EVAZUAÇÕES: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação () Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		

() Hipertensão	CARACTERÍSTICAS DA PELE	REGULAÇÃO ABDOMINAL
		() Normotensão () Dispendida () Inchaço

CARACTERÍSTICAS DA PELE				() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascínco	() Maciço	() Timpânico		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercurada	Ruidos Hidroaéreos:	() Presente	() Ausente		
() Anidríico	() Ictérico	() Granuloso	Vesículas:	() Presente	() Ausente		

☐ Anidérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FQ: ☐ Sim ☒ Não
☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____ **SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**

Úlcera por pressão: () Sim () Não
Região: () Espontânea () EVDT () Anúria () Oligúria
() Polúria () Hematuria () Glicúria () Hematória

Curativo realizado () Sim () Não FO: () SIM () NÃO () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia

Oxigenoterapia	() Sim	() Não	Qual. _____
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTÓTESES 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

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 ruptura de equilíbrio	() Déficit de conhecimento para prevenção	()

() 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	() _____

() Volume de líquidos de efluente	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____

() Risco de constipação

() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____

<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Atividade física limitada	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	

Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____

() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	()	()
--------------------------	---------------------------------------	-----	-----



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

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	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	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

6 H - 106x65 74 - 35,7°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temperatura
6 H				
12 H	130/70	98	20	36,2
18 H	146/84	72	20	36,6
24 H	124/77	78	-	36,6

Dr. Odinacler Okenim

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

Crm 1851-RN

4083

7h 43h foi ad m =
medicação de horário
+ SSVV + Acas. monitorado

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

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Sedado () Agitado	() Orientado () Torporoso () Reage a estímulos	() Desorientado () Comatoso () Não reage	() Normocárdico () Normotenso () Pulso Cheio	() Bradicárdico () Hipotensão () Filiforme	() Taquicárdico () Hipertenso () Arritmico UC: ____ PA: ____ Pulso: ____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente () Isocóricas	() Mióticas () Anisocóricas	() Midríanca () Não reagentes	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GIT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos () Presente () Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Afebril () Febril () Hiperplexia	() Hipotermico () Febre () Pirexia	() Hipertérmico () Pirexia	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			SISTEMA URINÁRIO / DIURÉSE		
() Hidratada () Normocorada () Antictérica () Aclanótica	() Desidratada () Hipocorada () Ictérica () Edema Local: _____	() Ressecada () Hipercorada () Cianótica	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Polúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO () SIM () NÃO					
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 () GTI () 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



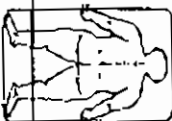
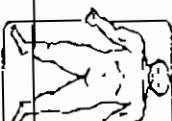
Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Todoroo dos Santos

Leito: 408-3

Data: 06/02/19

Localização	 	Região: M1E	 	Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Estácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Estácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima M. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 446/700	Renata Miguel Dantas Téc. Enfermeira COREN-RR 625/703		
Observações:				



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 07/02/2019

ÍTEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS 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 DAPIRONA 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 6/8 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

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100 x 70	70	14	36°C
12 H	110 x 80	80	14	36,1°C
18 H	151 x 92	71	20	36°C
24 H	130 x 80	70	16	36°C

Dr Odinachi Okerorji
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

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

SISTEMA NEURÓLOGO						SISTEMA CARDIOVASCULAR					
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	UC: _____					
() Sedado	() Torporoso	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso	PA: _____					
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Chelo	() Filiforme	() Arritmico	Pulsa: _____					
PUPILAS						ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL					
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midríaticas	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT	() NPT				
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial								
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia								
() Afebril	() Hipotérmica	() Hipertermica	() Normal () Diarreia () Constipação () Melenas								
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente								
() Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL								
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso	() Distendido	() Glóbulo	() Flácido					
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico	() Maciço	() Rápido	() Rápido					
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercoreada	Ruidos hidroaéreos:	() Presente	() Ausente						
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Váceromegalias:	() Sim	() Não	F.O.	() Sim	() Não			
() Acianótica	() Edema local:		SISTEMA URINÁRIO / BILIAR								
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Espontânea	() SNG	() Sondagem	() Oligúria					
Região: _____			() Poliúria	() Disúria	() Cálculo	() Hematuria					
Curativo realizado () Sim () Não	F.O.: () SIM () NÃO		() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropen						
SISTEMA RESPIRATÓRIO											
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia						
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____									
CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓYSES											
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				() _____						



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

HGR

41083

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	08/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TÉNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H 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	SÍMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O. 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRÔ 6/6HRS.				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPÍME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

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

Obs: Não foi realizado o desoto do paciente de horário que as fitas que tem, é somente p/ realizar desoto urgentes. Cria de plantão ciente! Auxílio



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 RC: ____		() Sedado () Turpido () Comatoso	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: ____	
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: ____				

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

CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotensa () Distendida () Globoso () Flácido		() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Impânico	
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos Hidroacústicos: () Presente () Ausente		() Aclanótica () Edema Local: ____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	

ULCERAS POR PRESSÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Úlcera por pressão: () Sim () Não	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		Região: ____	() Polúria () Disúria () Colúria () Hematúria	
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () Sim () Não	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uroten				

SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () 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 () SOL () 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	()			



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

AGNOSTO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 09/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS SND

2 AVP SND

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 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 S/N

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO-DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/8 H

15 DEXTRO 6/6HRS 11 16mg 1134mg 2.3 164 1261 167

16 AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE 17 200 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

SINAIS VITAIS.

6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/70	77	18	36.1°
18 H	130/90	81	18	35.7°
24 H	125/80	80	20	36.2°

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

06. 127/76 74 18 35.8°

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

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

SISTEMA NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: ____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: ____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: ____		
PUPILAS <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> VO () SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NFG Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: ____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: ____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			SISTEMA URINÁRIO/ADJUNTO <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Pollúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Clístomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambienze <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: ____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: ____ Data: ____ Trocar em: ____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Trocar em: ____ Sinais de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não () SNG () SDG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: ____ Trocar em: ____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: ____ Local: ____					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada </div> </div>					



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Teodoro dos Santos

Leito:

408-3

Data: 09/02/19

Localização		Região: M. I. E.		Região:
Etologia	Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro.			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro			
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Seco () Curto:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Curto:			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Curto:			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Coertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Marta de Rêgo M. Vitoria Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 149708 Rosaângela Miguel Deodora Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 149708			
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 DIABÉTICOS E HIPERTENSOS				5/10/19
2	AVP				manh
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 8/6H S/N				SV
10	TRAMAL 100MG + SFO 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				Polina
15	DEXTRO 6/6HRS				17.96.28
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				23.06.06
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				23.06.06
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					

* Os 12h
Dextra = 90
me

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	71	S/R	36.3
18 H	132/80	58	S/R	36.0
24 H	128/79	80		36.6

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

OT a 12h 82ml de urina
Cpm e de nasom
+ 80
dextra 23 LSS
06 L7.8



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n°:

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018


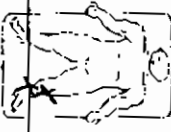
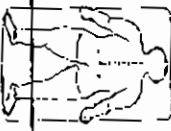

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

Leito: 408-3

Data: 10/02/19

Localização	 	Região: M.I.E.	 	Região:
Eniologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2º <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) 2X	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2º <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 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"/> 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"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input 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"/> Colágeno/Fibrinase <input 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"/> Colágeno/Fibrinase <input 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"/> Colágeno/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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Marcos Vinícius Mendes Fisioterapeuta	Guilherme Fisioterapeuta		
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			
AGNÓSTI	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			5x/d
2	AVP			manh
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	115/80	FC 80	FR 14	36°C
12 H	120/80	90	20	36
18 H	150/98	73	20	36.6°C
24 H	131/88	80	14	36°C

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

7 de 13 h foi adm -
 medicacao de horario
 + 95 VV - Ana ma
 23:00h - DEXTRO = 150 mg/dl
 06:00h - DEXTRO = 147 mg/dl

13 de 14h, adm. med
 com e de hora
 + 50
 2
 167692



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

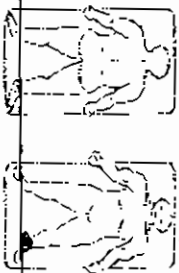

João Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data:

11/02/2019

Localização		Região: <u>MTE</u>		Região: _____
Gravidade	Grav: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII ()		Grav: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII ()	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Periferecional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata Silveira Rodrigues</u> AUX. de Enfermagem CRP 502.795/RR		<u>Adonildes Pereira Araujo</u> Técnico de Enfermagem COREN-RR 502.795/TE	
Observações:	_____		_____	



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

HGR

4108
3

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNOSTIC FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE 60

LEITO

408-3

DATA

12/02/2019

ITEM 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 6/8H 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 DIARIO

14. SSVV + CCGG 8/8 H

15. DEXTRO 6/6HRS

16. AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17. CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18.

19.

20.

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

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	130/80	87	20
18 H	130/80	81	20
24 H	115/70	83	18

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 4851-RR

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	RC- _____
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso	PA- _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso- _____

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Enterreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SQF	() GTT () NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			

REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações { } Presença { } Ausente { } Colostomia		
{ } Afebril	{ } Hipotermico	{ } Hipertérmico	{ } Normal { } Diarréia	{ } Constipação	{ } Melena
{ } Febril	{ } Febre	{ } Prúxia	Flatos: { } Presente	{ } Ausente	

<input type="checkbox"/> Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Glíboso	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpanítico	

() Normocorada	() Hipocorada	() Hiperocorada	Ruidos Hidroaéreos	() Presente	() Ausente
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias	() Sim	() Não
() Acicndica	() Edema local		SISTEMA URINÁRIO () Sim () Não		

SISTEMA URINÁRIO - DIURSE	
Ulcera por pressão. () Sim () Não Região: _____ Exatidão da urina: () Sim () Não	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Citostroma () Leucostroma

Curativo realizado:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	ECG	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Ureopn
SISTEMA RESPIRATÓRIO									
<input type="checkbox"/> Fupneiro	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia				

Oxigenoterapia	() Sim	() Não	Qual: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico	() Sim	() Não	Local: _____	_____	_____	_____	Data: _____	_____	Troca em _____

Caliber Control.	() Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: ____	Tricar em: ____
Sinais de infecção no sítio da punção:	() Sim () Não			

Indíce: ☐ Sim ☐ Não ☐ LING ☐ ISOG ☐ SNE ☐ SOC ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem
 Drenos de: _____ Aspecto da secreção _____ Quantidade _____
 Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da Instalação: _____ Trocar em _____

Prótese. { } Sim { } Não	Detalhe da instalação. _____	Tratamento. _____
<p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p>		

<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____



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

4083

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
ALERGIAS HAS DM2
IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 13/02/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25mg 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 DIARIO	
14	SSV 272 CCGG 8/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20	SE DIABETICO CORRECAO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI 351-400 8UI; 401-450 10UI 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 ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80	70	18	36,2
12 H	120/80	70	18	36,2
18 H	120/80	70	18	36,2
24 H	120/80	70	18	36,2

Dr. Oomachi Oemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

Gravidade
PM - 820V 8U
PS - 88 R 8U
TP - 36 2+



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n° 1

Versão: 08

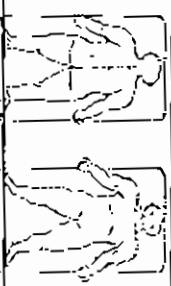

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: **JOÃO TEODORO DOS SANTOS**Leito: **408-3**Data: **13 / 02 / 19**

Localização		Região: MIE		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (x) III () IV () () L.P. I II III IV ? (x) Trauma: Tração () Fator Externo () Jorropedia () Outro			
Aparência do Leito	() Necrose. Amarela/Negra (x) Esfáculo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros			
Pele Perilesional	(x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro			
Tipo de Exsudato	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogei () Outro			
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	BRUNO S. PEREIRA Téc. de Enfermagem CRÉDITO 11.056 Rozângela Miguel Decolara Téc. de Enfermagem CRÉDITO 628 703			
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu João Teodoro dos Santos

CPF nº _____

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de 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 retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

CPF nº: _____

Grav de Parentesco: _____

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

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

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

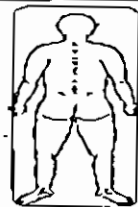

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____/_____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

10

Nome: <u>Tasso Teodoro</u>	
DATA:	Localização / Região
<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 _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo do exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input 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 type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Somitato 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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- _____ 02- _____
OBS:	OBS:

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

NOME:

Isaac Roberto dos Santos

HD

DATA:

29/12/2019

SEXO: DM () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

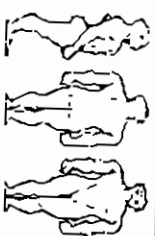
329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			DATA: _____
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			DATA: _____



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA/PESSOÇO/ 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 () DISTURBADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA

OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

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

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNDOS () ESTÉRDOS () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACANÓTICA () MACROANGIÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

FREQUÊNCIA PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

PULSO: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () ALIMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NÚTRITO () DESNÚTRITO

RUÍDOS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VINO PALPÁVEL

HEPATOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTE () HÍPOTENSA () CONSTIPACÃO () MALTENHA

ACÚDUO GASTROINTESTINAL: () NÃO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TOCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFERMAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEDEHIBIDA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AGUO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DOLITO CARDÍACO DIMINuíDO

() TOSSES

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABEÇA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TOT _____

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENÇÃO 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO

() 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

[illegible]



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 32' 96"
4	TILAFIL 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				96"
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Reding
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã
15	DEXTRO 6/6HS				18h 14' 24' 96"
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

	PA - FC	T - ETD
SINAIS VITAIS		
6 H	100/70 72	36,2 - +
12 H		
18 H	140x90 89	36,0 + +
24 H	160x60 70	36,0 + +

06:00h
10h 30h
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 151177RQE 684

Dextro 273 as 12hs.
Feito 2UI

Dextro
as 18hs
264/2UI Feito

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

NOME: WILLIAM DE OLIVEIRA DOS SANTOS HD

DATA: 23/03/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA				
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA				
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA				
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	DATA				
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____							
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____ DATA: _____							
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA: PÉSSIMO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PÉSSIMA OBS: _____							
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO							
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO							
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____							
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS							
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:							
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA							
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME							
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE							
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRÍCIO () PRENUTRÍCIO () MALNUTRÍCIO							
ABDOMEN: () MOLE () DUREZA () TENDIDO () FLEGO () AGUDO () VAGUE							
ELIMINAÇÃO: () NORMAL () ANORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () SIBILOS							
APARELHO GENITAL/urinário							
DIAGNÓSTICO							
() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () Desequilíbrio () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTO ESTIMA PERTURBADA () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () RISCO PARA CONSTIPACÃO () DEFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () FALHA DO SONO PREJUDICADO () DEGRADAÇÃO PREJUDICADA () CONHECIMENTO PREJUDICADO () DENOIN CARCINOMA PREJUDICADO () OUTROS							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABEÇA ELEVADA () ASPIRAR VIAS /TOT () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () ATENÇÃO PARA QUEIXAS ÁGICAS () ATENÇÃO 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO () ORIENTAR AUTO CUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS							

REGISTRO DO ENFERMEIRO
MANHÃ: DATA 1/10/2014

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA 1/10/2014

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:
TARDE: DATA 23/02 HORA 14:20

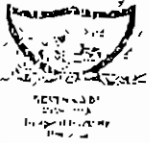
ASS. E CARIÓTIPO TÉCNICO ENFERMAGEM:
TARDE: DATA 23/02 HORA 18:00

Paciente no leito com fratura
luxação do tornozelo (E). Realizado
o curativo pelo médico. Paciente
estabilizado e deitado, após
anestesia, fraturas, com alguns
e exames passaram.

Paciente no leito com
fratura no fêmur direito
realizado fratura
curativo para
paciente e a Paula

NOTES: DATA 1/10/2014 HORA 14:20
ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:
Paciente no leito com fratura
luxação do tornozelo (E). Realizado
o curativo pelo médico. Paciente
estabilizado e deitado, após
anestesia, fraturas, com alguns
e exames passaram.

NOTES: DATA 1/10/2014 HORA 18:00
ASS. E CARIÓTIPO TÉCNICO ENFERMAGEM:
Paciente no leito com fratura
luxação do tornozelo (E). Realizado
o curativo pelo médico. Paciente
estabilizado e deitado, após
anestesia, fraturas, com alguns
e exames passaram.



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	24/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN/D
2	ACesso VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-06
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				DO
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12-18-24-06
15	DEXTRO 6/6HS				20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE ≥ 80 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.
EUPNICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1528/RR


chart 12hs glicose 133mg/dl

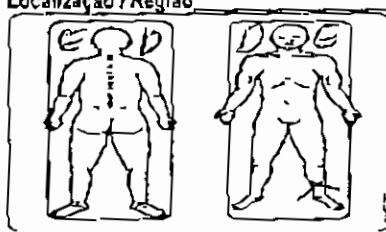
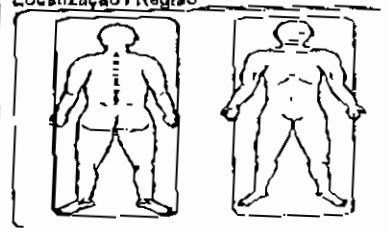
SINAIS VITAIS	PA	PC	O	E	FR	TOC
6 H	136/75	82	-	-	-	36.0
12 H	134/79	65	+	+	20	36.2
18 H	136/93	82	+	-	-	36.3
24 H	136/93	82	+	-	-	36.3

0x7 a 18h: 261 mg/dl: feito 04 UI de IR.

0x7 a 24h: 53 mg/dl.

0x7 a 18h: 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: <u>João Todorô do Santo</u>					
DATA: <u>24/02</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 3% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Horário do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:46h</u> <input type="checkbox"/> Tarde		Horário do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	<u>25/02/13</u>		Data da Próxima troca:		
Em caso de + de 24hs			Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. - Ec. em Enfermagem	01- <u>Elénice Rodrigues Sousa</u> COORDENADORA DE ENFERMAGEM <u>[Assinatura]</u>		02-		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>		01-		
OBS:	<u>[Espaço para observações]</u>		OBS:	<u>[Espaço para observações]</u>	

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 01 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

NOME: Flávia Anderson dos Santos HD Unidade Quaternária de

DATA: 24/02/19 SEXO: () M () F IDADE: 329 PESO: 72,9 KG. LETO: 329 ALÉRGICO?

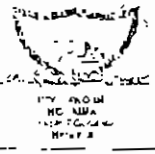
EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						CARGO DE INFUSÃO		MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() PAUZO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA			() MANTER MONITORIZAÇÃO			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA	DATA	() ANSIEDADE			() MANTER CABECEIRA ELEVADA			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()				DATA		() MEDO		() ASPIRAR VIAS /TOT	
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?				DATA		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- MATURIA EXOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO						DESEQUILIBRADA		() OBSERVAR PERÚSSO PERIFÉRICA	
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III						IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		() REALIZAR CONTROLE HIGIÊNICO DE _____ H	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO						TERAPÊUTICO		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
PULSAIS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () AMISOCÓRICAS () MIDRÁTICA						() DEDUTRUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA						() FADIGA		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUAGEM	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL	
OBS: _____						() RISCO PARA QUEIMAS		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() AUTODESTIMA PERTURBADA		() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() DIARREIA		() REALIZAR DEIXO _____ HORAS	
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO						() CONSTIPAÇÃO		() ORIENTAR AUTOCUIDADO	
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() DEFÉCITO DO AUTO CUIDADO		() REALIZAR BANHO NO LEITO	
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS						() PRECÁRIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM:	
CIRCULATÓRIA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() DOR		() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () MACROCIANÓTICA						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA						() HIPERTERMIA		() OBSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.	
APARELHO CARDIOVASCULAR						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA			
PERÚSSO PERIFÉRICO: () ANORMAL () DIMINUIDA						() CONDIÇÃO PREJUDICADA			
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						() DEFÉCITO DO CUIDADO			
LOCAL DO PULSO: _____						() DOR			
FREQÜÊNCIA: _____						() DOR			
APARELHO GASTROINTESTINAL						() DOR			
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO						() DOR			
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO						() DOR			
RUA: () MANSO () AGITO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VES DO FAVEL						() DOR			
() MANSO () AGITO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VES DO FAVEL						() DOR			

SISTEMA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		<p>MANHÃ:</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	
<p>Revisita no leito, de 11:00h às 11:30h. O paciente está em 55 mg/dL. Foi realizado o exame físico, mostrando que o paciente possui boa resposta aos cuidados de enfermagem.</p> <p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> COORDENADOR DE ENFERMAGEM: <i>[Assinatura]</i></p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Paciente em leito, de 08:00h às 08:30h. Foi realizado o exame físico, mostrando que o paciente possui boa resposta aos cuidados de enfermagem.</p> <p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Técnico em Enfermagem: <i>[Assinatura]</i> COORDENADOR DE ENFERMAGEM: <i>[Assinatura]</i></p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:</p>	

329

5



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VLNOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFFPIME 1G EV 8/8H				22.06.
4	TILAIL 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				Próxima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				AT
15	DEXTRO 6/6HS				28.02.2019
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					

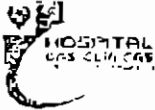
EVOLUÇÃO MÉDICA:

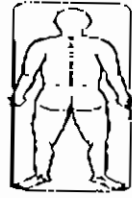

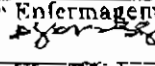
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARREIA
LUPNICO, LITL, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	E	ORT
6H	140/80	79	18	36	-	-	82
12H	130/80	76	18	36	+	+	83
18H	130/70	75	17	36	+	+	83
24H	120/70	75	17	36	+	+	144

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 16151 RQE-EG4

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

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 25.02.19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neoplásica <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"/> Neoplásica <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 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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		
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"/> na base 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"/> na base 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"/> Eritemato / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritemato / 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"/> Outra	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra		
Cobertura primária (Contém duto 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 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Andressa Gomes Gonzaga		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01.  02. Elizângela Lima Enfermeira COREN/PR 366839		
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convulção, Soluções Programadas
 Os pontos com 02 no nome serão, estes devem ser evoluídos separadamente

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

五

LES OES

DIENOS? SIM (X)

() GRAU I () GRAU II () GRAU III

ACUIDADE AUDITIVA: 65TORAX, E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

FREQUÊNCIA: () EUPNÉICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNÉICO () DISPNEICO

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

ABABE/ HQ CARMOUSQUILAB

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

APPARELINO WASIQUINI EDITORIAL

..... *for the world of the future*

[illegible]

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

6/6 H
2/5 OF

SEAS E VORMITO

MÉDICO DE ____ H

WAR EDEMAS

O ABDOMINAL

ARTIR DAS: H

00000

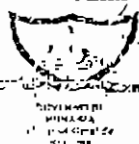
DIÁRIO

JLACAO

30

|

[illegible]



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

HC

329

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						28%	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN						SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO 12h 8/8h SE DOR INTENSA						SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM						%	
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 PAID > 110 MMMHG						SN	
14	CURATIVO DIÁRIO							
15	DEXTRO 8/8HS						16.34.08	
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 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, TOSSSE OU DIARRÉIA. LUPNEICO, IOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14228/RR


SINAIS VITAIS	P.A	FC	SA	TAX D	FE	DXT
6 H	122x80	78	18	36.2	+	5.1
12 H	120x80	64	18	36.98	+	11.2
18 H						
24 H	113x70	80	18	36.3	+	18.4

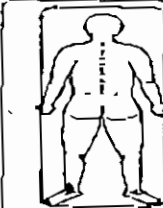
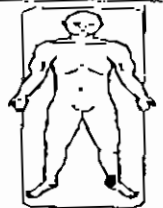
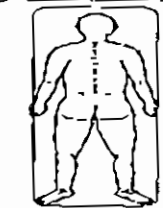
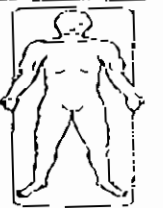
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Rosehay Kharen S. Rodrigu
Téc. Enfermagem
OREN-RR 508.35

Roraima GH - TFI

27/02/19
DXT = 18.4 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: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
DATA: <u>26.02.13</u> GRAU - I GRAU - II	Localização / Região  	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região  	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <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"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
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 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 (Qualquer dreno na ferida)	<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	<u>01- Téc Enfermagem</u> <u>02- Téc Enfermagem</u>			
Carimbo e Ass. Téc em Enfermagem	<u>Elza M. Lima</u> <u>Enfermeira</u> <u>COFEN/RR 365839</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
Obs:				

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

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

NOME: _____

HD _____

DATA: 20/01/2019

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG. _____

LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS									
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X) NÃO	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TOCA GÁSTRICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPEÚTICO <input type="checkbox"/> RISCO PARA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> DESOBRSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PREJUDICADA <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"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGRADUÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBITO CARDIACCO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS /TÓX <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H <input 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 DISTENSO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEIUM A PARTIR DAS ____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEITO ____ / ____ HORAS <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H <input 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	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () NÃO	LOCAL	DATA						
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) NÃO	DATA: _____								
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) NÃO	DATA: _____								
Sonda nasointestinal: SIM () NÃO (X) NÃO DRENOS? SIM () NÃO (X) NÃO IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- TRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 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 () COMATOZO () DESORIENTADO									
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA									
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA									
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA									
OBS: _____									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO									
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO									
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS									
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:									
(X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA									
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()									
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA									
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME									
PULSO: () NÓRMACARDÍACO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: _____									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO									
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO									
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES									
ABDOMEN: () PLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MING PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA									
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:									
(X) ES-ORINÁRIA () ESTIMULADA () ES-URINÁRIA () SVD () INFLA () CONCENTRADA									

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ADOÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA: 01/01/2010	MANHÃ:	DATA / / HORA: 01/01/2010
<p>Realizada no dia 01/01/2010 avaliação clínica e funcional em conjunto com o médico residente. Paciente satisfeita, mas com náuseas e vômitos, ocorre hemorragia de escarro e desidratação moderada.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p> <p>TARDE:</p>	<p>(Realizada SSU/14 DXT (dieta. c. 14h) e 54 unidades de açúcar, segue com avaliação de enfermagem.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p> <p>TARDE:</p>
<p>NOTA:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p>	<p>NOTA:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA: 01/01/2010</p>



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO						DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS								
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO								
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA				
IDADE		LEITO	329	DATA	27/2/2019				
ITEM	PRESCRIÇÃO								ORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS								SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h								206
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								206
9	SIMFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)								SN
10	SSVV + CCGG 6/6h								Rolando
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG								SN
14	CURATIVO DIÁRIO								18h
15	DEXTRO 6/6h								206
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE								206
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:

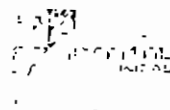
PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NENHUMA QUEIXA ÁLGICA, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEM.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

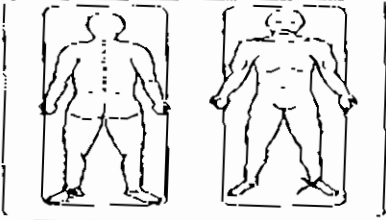
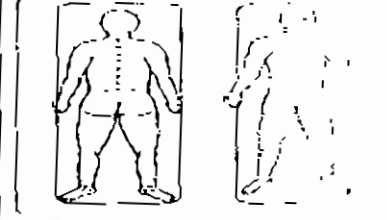
SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	E
8 H	115/70	70	19	36.1	+	-
12 H	120/80	72	19	36.5	+	+
18 H	120/80	50		36.0		
24 H	130/80	73	20	36.1	+	+

diário
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

Dr. Pedro DeGiovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1815 / RQE 684

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Doença: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" 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: _____		Doença: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" 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		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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		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"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Evidência da remoção da cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Evidência da remoção da cobertura: <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <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: _____		Condição da pele Periférica: <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: _____		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 (teste direto na ferida): <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 (teste direto na ferida): <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: _____	
Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs 28.02.19		Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs	
Carimbo e Ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro Elza de Lima Enfermeira COREN/RR 365839		Carimbo e Ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

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

NOME: Wenderson de Oliveira

HO

DATA: 27/09/2019 SEXO: M () F IDADE

PESO

KG.

LETO 323

* 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"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DISOBSTRUÇÃO 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"/> AUTODISTÚRIA 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 type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGRADAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANter VIAS AÉREAS PERVAS <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 CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA QUEIMAS AÚSICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANter ACESSES VENOSOS PERVAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>12</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 DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u>12</u> h <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>12</u> h <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>12</u> h <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EMI <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULACÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS	
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: DATA:									
CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:									
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA:									
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:									
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:									
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? DATA:									
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III									
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO									
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA									
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA									
OBS:									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO									
FREQÜÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO									
MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS									
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:									
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()									
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA									
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME									
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: FREQÜÊNCIA:									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO									
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO									
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VÍNG PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/NÍMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA									
APARELHO GENTURINÁRIO/DIURÉTICO:									
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIA () CONCENTRADA									

COPIAR PARA O PACIENTE

27/09/2019

27/09/2019

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	NOITE:	MANHÃ:	NOITE:
DATA	DATA	DATA	DATA
HORA	HORA	HORA	HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS							
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE			LEITO	329	DATA	28/2/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETATORAL PARA DM E HAS						500g	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						manhã	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H						12h 22x6	
4	TH ATIL 20MG EV 12/12H						SUSPENSÃO	
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						6h	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H						Vigilância	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG						SN	
14	CURATIVO DIÁRIO						torção de leito.	
15	DEXTRO 6/6HS						3x 500mg 6/6h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE						20	
17								
18								
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	S.P.A	F.C	FR	TAX	D	E	DTT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	170
12 H	120x80	73	18	36,2	+	+	170
18 H	130x80	69	18	36,2	+	+	170
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	170

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
R. 1015 / R. J. - B.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
R. 1015 / R. J. - B.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

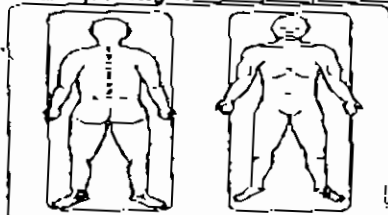
Nome: Leão Teodoro dos Santos

DATA: 28.02.19

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

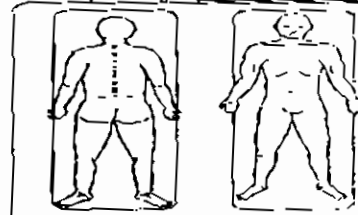


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



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

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
Perifoneal:

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs

Andréa Gomes Gonzaga
Enfermeira

Colimbo a esse

01- 01.02.2019 02-

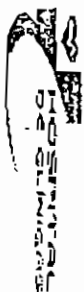
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Andréa M. Lima
Enfermeira
COREN/RR 366839

ORIS

ORIS:



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

NOME: JOÃO SUCREIRO dos Santos HD

DATA: 28/02/15 SEXO: M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 32 KG. LEITO: 325 ALÉRGICO? ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					<input type="checkbox"/> RISCO DE INJEÇÃO				<input type="checkbox"/> MANter vias aéreas permeas			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS				
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA			<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u>				
SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			<input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO					
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			<input type="checkbox"/> MEDO		<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS JTOT					
DRENOS	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?			<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					<input type="checkbox"/> RISCO PARA MALNUTRIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
1- FEMINENTO 2- ABRASÃO 3- EMBETOMATO 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					<input type="checkbox"/> DESEQUILIBRADA		<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA					
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III					<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		<input checked="" type="checkbox"/> MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA					<input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE SÍDRICO DE _____ h					
NÍVEL DE CONSCIENTIA: <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE () <input checked="" type="checkbox"/> SEDADO () <input checked="" type="checkbox"/> ALERTA () <input checked="" type="checkbox"/> COMATOZO () <input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO					<input type="checkbox"/> AFARES		<input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES					
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA					<input type="checkbox"/> FADIGA		<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDIMAS					
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDA					<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBTURADAS					<input type="checkbox"/> RISCO PARA QUEEDAS		<input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL					
HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA					<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA					
OBS: _____					<input type="checkbox"/> AUTOTESTIMIA PERTURBADA		<input type="checkbox"/> MANter JEJUM A PARTIR DAS _____ h					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO					<input type="checkbox"/> DIARREIA		<input type="checkbox"/> REALIZAR CETOQU _____ h					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO					
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					<input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO TETO					
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNÉICO					<input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ h					
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSCULTES () PRESENTE					<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO CIRÚRICO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILUS					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES, EXM:					
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:					<input type="checkbox"/> DOB		<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO					
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR CECAMBULAÇÃO					
<input checked="" type="checkbox"/> CLAMÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA					<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA		<input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR SINAIS VITAIS					
TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HÍPERTÉRMICA () HÍPOTÉRMICA					<input type="checkbox"/> INTELIGÊNCIA DE CLAR - PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> MANter SINAIS VITAIS DE _____ h					
APARELHO CARDIOVASCULAR					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS JTOT					
PRESSÃO ARTERIAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDA					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
PULSO: () PERIFÉRICO () RÍTMICO () ARRITMICO () FIBROSO					<input type="checkbox"/> INTELIGÊNCIA DE CLAR - PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
CORAL DO PULSO: _____					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
APARELHO GASTROINTESTINAL					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
AS HÍPOTENSÃO () NORMAL () DIMINUÍDA					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BROCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA					
SINAIS DE VIDA: () PRESENTE () AUSENTE					<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIX					

ANGELINO COLLEGO MINERARIUM
DALLA MINIERA

DATE: _____

Heidelberg Universität
 Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
 Fakultät für Betriebswirtschaftslehre
 Lehrstuhl für Marketing

ASS. E ORINIBO. TEC. ENFERMAGEM.

Procedido Sincio Vidia +
alelucias de monito
demora danielo gues norma
dondado sua ctinno aiano

ASS. E CARIMATO - TEC. ENFERMAGEM

NOTA:	DATA	HORA
-------	------	------

34th PCI Nagul sin queso Su
inter comissio deo pueroribus vob
edupioz ~~the~~ ~~stayed~~ ~~stayed~~
10/20/2018 12:23:31 PM

ASS C C 2014-15. TET LNF F NV. AGF M



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

HC

DATA DE ADMISSÃO				DIU		DN	
PACIENTE	JOÃO TEÓDORO DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO		379	DATA	1/3/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SN	
3	CELEPIME 1G EV 8/8H					SN	
4	FILATIL 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	CMEPRAZOL 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					SN	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG					SN	
12	CURATIVO DIÁRIO					SN	
13	DEXITRO 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 OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

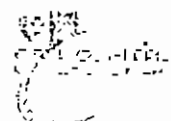
EVOLUÇÃO MÉDICA

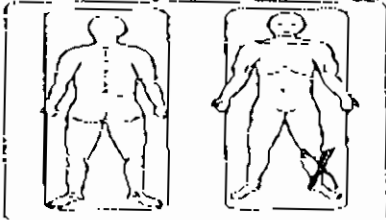

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUAIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA PULMÔNICO, LOTE, BCG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Pedro D. Goulart
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 45511 RQE 604

SINAIS VITAIS	P.A.	F.C.	ER	TAX	D	E	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM
6 H	130/70	75	38	36°C	+	+	144/90	ORTOPÉDIA E
12 H	140/70	85	38	36°C	+	+	144/90	TRAUMATOLOGIA
18 H	150/90	80	38	36,2°C	+	-	149/92	
24 H	160/90	74	37	36,3°C	+	-	166mg/dl	

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 322		

Nome: João Leodono das Neves			
DATA: 02/03/19 GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		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 escarcó <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcó <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"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input 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: _____		Condição da pele Periférica: <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 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Óleo de girassol		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 10:24 <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs 02/03/19		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. (ex. em Enfermagem) Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- [Assinatura] 02- _____ Correção: 22/03/19 Enfermeira CRISTIANEIRA CORREIA FERREIRA		Carimbo e ass. (ex. em Enfermagem) Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- [Assinatura] 02- _____	
OBS.		OBS.	

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

NOME: João Augusto da Costa HD: 305

DATA: 01/02/2019 SEXO: M IDADE: 30 PESO: 70 KG. LEITO: 305 ALÉRGICO: Não

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u>LOCAL</u> DATA: <u>01/02/2019</u> CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u>LOCAL</u> DATA: <u>01/02/2019</u> SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA: <u>01/02/2019</u> SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA: <u>01/02/2019</u> SONDA NASOENTERAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA: <u>01/02/2019</u> DRENOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL: <u>QUAL</u> DATA: <u>01/02/2019</u> IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: <u>305</u>		1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u>LOCAL</u> GRAU I <input type="checkbox"/> GRAU II <input type="checkbox"/> GRAU III <input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBRSTUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> ASIOGA <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 SÓNO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DENTID CARINHO DIRIGIDO	<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>26</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/TQT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>01</u> / <u>02</u> / <u>2019</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 DISTENSÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: <u>08</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>08</u> / <u>08</u> HORAS <input checked="" type="checkbox"/> REENCAMINHAR AO BANDO DE ASPERSSÃO <input type="checkbox"/> REALIZAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>02</u> / <u>02</u> H <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM <u>08</u> H <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
APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> PULSO PERIFÉRICO: <input checked="" type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> FILIFORME PULSO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> TAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> AUSENTE LOCAL DO PULSO: <u>08</u> FREQÜÊNCIA: <u>08</u>				
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> AUMENTADO <u>08</u> ESTADO NUTRICIONAL: <input type="checkbox"/> INTACTO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO ALMA: <input type="checkbox"/> AUSCULTAS <input type="checkbox"/> PRESENTES <u>08</u> ABOCME: <input type="checkbox"/> FLACIDO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> TENSÃO ABDOM: <input type="checkbox"/> VIBRA PALPÁVEL (US) BACULUS: <input type="checkbox"/> PRESENTES <input type="checkbox"/> AUSENTES <u>08</u> TIG: <input type="checkbox"/> PRESENTES <input type="checkbox"/> AUSENTES <u>08</u> TIG: <input type="checkbox"/> PRESENTES <input type="checkbox"/> AUSENTES <u>08</u>				
APARELHO RESPIRATÓRIO TORAX & PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: <input type="checkbox"/> SIMÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO MÚRMURUS VESICULARES: <input type="checkbox"/> AUSENTES <input type="checkbox"/> PRESENTES <u>08</u> TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> EXPECTORAÇÃO <u>08</u> RUÍDOS ADVENTÍCIOS: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> RONCOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> SIBILUS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: <u>08</u>				
APARELHO RENAL HÍDRATAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> HIPOCORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> RUBORIZADA <input type="checkbox"/> ICTERICIA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> ACIANÓTICA <input type="checkbox"/> MACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> HIPERTÉRMICA <input type="checkbox"/> HIPOTÉRMICA				

[illegible]



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				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14.00.06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				NN.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				NN.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				NN.
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				NN.
10	SSV + CCGG 6/6 H				NN.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				NN.
14	CURATIVO DIÁRIO				NN.
15	DEXTRO 8/8HS ACAROVA FITA				NN.
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				NN.
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

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

Dr. Eliana Costa da Silva
Téc. Enfermagem
CCREN-RR 031102

DATE: 2/11 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO 204

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS									
CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA						
CATERER 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 () GRAU II () GRAU III					
CABEÇA PESÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO									
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓLICAS () ANISOCÓRICAS () MIBRÁLTICA									
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES () PERVIAS () OBSTRUÍDAS									
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () INFAVORÁVEL () PRECÁRIA									
OBS: _____									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOA INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO									
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () DISPNEICO									
MÚLTIPLOS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTÉRTORES () SIBILUS									
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:									
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA									
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IREGULAR ()									
PERFUSÃO PERIFÉRICA () NORMAL () DIMINUÍDA									
PULSO: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
ACÚSTICO: () NORMAL () ANORMAL ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									
HIGIENE: () BOA () RUIM ()									
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()									

Matrícula

COLÉGIO DO NIT

DATA

Matrícula

COLÉGIO DO NIT

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Realização de reunião com a equipe de enfermagem para discutir o plano de cuidados de enfermagem para o paciente.

Realização de reunião com a equipe de enfermagem para discutir o plano de cuidados de enfermagem para o paciente.

Realização de reunião com a equipe de enfermagem para discutir o plano de cuidados de enfermagem para o paciente.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS							
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		LEITO	329	DATA	3/3/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS						S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						S/N	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H						S/N	
4	FENATIL 20MG EV 12/12H						S/N	
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN						S/N	
6	PARAL 100mg 1 SE 0,9% EV OG 03 CP VO 8/8H SE DOR INTENSA						S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						S/N	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM						S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H						S/N	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG						S/N	
12	CURATIVO DIÁRIO						S/N	
13	DLXIRO 8/8HS						S/N	
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE						S/N	
15								
16								
17								
18								
19								
20	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 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 DIARRÉIA.
JERÔNICO, LOTE, BEG
GUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SOLICITO EX. GASTROLOGIA (C).

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

PARÂMETROS VITAIS	PA	FC	FR	SAR	D	E	DT
08H	120x70	73	18	35,2	F	0	
12H	120x70	80	18	37,8	F	0	
16H	130x80	78	18	36,9	F	0	
20H	119x76	76	18	36,1	F	0	

MÉDICO RESPONSÁVEL EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

o Redigido foca suposto vez fluindo bem.
obscuro diurno noturno com entus

04UI Regular
Insulin Novorapid
Kallenberg + Clonidina



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CEC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2011

Atualizada: Janeiro / 2015

ENTE/LEITO:

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA:	Localização / Região:	DATA:	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<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 Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência 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	
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 checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Uor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
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 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 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)	04/03/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS:

OBS:

16:00 h. 76 anos, paciente em cama, com a ajuda para deambulação. A fisioterapia foi realizada.

[Assinatura]

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

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

Realizado os cuidados de enfermagem e administração de medicamentos. 73.2410

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							
DIAGNOSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNHEZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	TIAS	NEGA	DM2	NEGA			
TRAT		TRITO	32	DATA	13/12/2019			
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS						5 AM	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						mantido	
3	CL-FEPIME 1G EV 8/8h						12/20/06	
4	TILATIL 20MG EV 12/12h						SUSPLNSC	
5	DIPIRONA 2G EV 6/6h SN						SN	
6	TIAMAL 100mg SI 0.5% EV 0.1 CP VO 8/8h SE BOR PLACAL						SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO DE 1 A MANHÃ LM JEJUM						06	
9	SIMETICONA GOTAS 10 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN	
10	SSVV + CCGG 0/6 h						Rabona	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG						SN	
14	CURATIVO DIÁRIO						m	
15	DEXIRO 8/8HS						16/21/08	
16	AMTRIPTILINA 25MG VO À NOITE						20/08	
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITANDO BI M A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QULIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.
EUPNÓICO, EDE, BLC.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

Dr. Elcio Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1920/AR

EXAMINADA	PA	PC	FR	TA	D	E
12 H	130x80	86	20	36.5	+	+
18 H	130x80	73	38	36.5	+	+
18 H	130x86	96	18	36.5	+	+
24 H	122x80	79	33		+	+

Dextro 08:00 = 57mg/dl
reusou a glicose
Dextro 09:00 = 140mg/dl

12/12/2019 24 H 130x80

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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RJ?

NOME: LAURA SOUZA DE OLIVEIRA

HD

DATA: 04/03/15 SEXO: (M) () F IDADE

PESO KG.

LEITO 325

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL

SIM () NÃO (X)

LOCAL

DATA

CATETER PERIFÉRICO

SIM (X) NÃO ()

LOCAL

DATA

SONDA VESICAL

SIM () NÃO (X)

DATA

DATA

SONDA NASOGÁSTRICA

SIM () NÃO (X)

DATA

DATA

SONDA NASOENTERAL

SIM () NÃO (X)

DATA

DATA

DRENOS

SIM () NÃO (X)

QUAL?

DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1-FERIMENTO 2-ABRÃO 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 () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () PRECÁRIA

QBS.

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

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

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

(X) PÍLDA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PRESSÃO ARTERIAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FALSO

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

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) BOLO () FALTO () FALTO

ESTADO NUTRICIONAL: () EUTRÓFICO () DESNUTRIDO () DESNUTRIDO

ABDOMEN: () PRESENTES () AUSENTES

ABDOMEN: () PRESENTES () AUSENTES

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 04/03/2013 HORA: 14h	MANHÃ:	DATA: 04/03/2013 HORA: 07:30

Recebeu o nível mínimo de nível eunômico
normalizado com o nível de seu grupo
sem qualquer alteração, na hora de receber e
sem qualquer alteração com este planejamento e
funções fisiológicas mantidas.

Elisa M. Almeida
Enfermeira
COREN/RN 36688

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

Recebeu o nível mínimo de nível eunômico
normalizado com o nível de seu grupo
sem qualquer alteração, na hora de receber e
sem qualquer alteração com este planejamento e
funções fisiológicas mantidas.

Elisa M. Almeida
Enfermeira
COREN/RN 36688

TARDE: ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM: DATA: / HORA: :

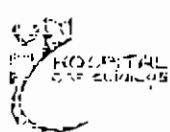
NOITE: ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA: 04/03/2013 HORA: 20:00

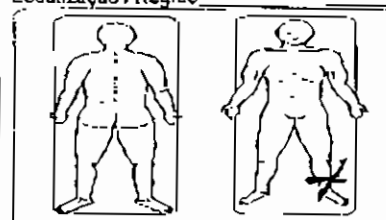
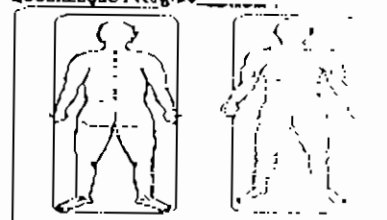
Recebeu o nível mínimo de nível eunômico
normalizado com o nível de seu grupo
sem qualquer alteração, na hora de receber e
sem qualquer alteração com este planejamento e
funções fisiológicas mantidas.

Suamir R. Brito
Enfermeira
COREN/RN 36688-EN

NOITE: ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM: DATA: 04/03/2013 HORA: 07:30

Recebeu o nível mínimo de nível eunômico
normalizado com o nível de seu grupo
sem qualquer alteração, na hora de receber e
sem qualquer alteração com este planejamento e
funções fisiológicas mantidas.

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

Nome: <u>João Tendeiro dos Santos</u>			
DATA: <u>04/03/19</u> 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"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> sem escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a boca do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a boca do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		Condição da pele Periférica <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"/> Outra: _____		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Cobertura primária (Colar direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Colar direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:35</u> <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>05/03/19</u>		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs _____	
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem 01- <u>Flávia Lopes de Sousa</u> <u>Flávia Lopes de Sousa</u> COREN/RR 347256 TF		Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem 02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>Elza G. Lima</u> Enfermeira COREN/RR 356850		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 02- _____	
OBS:		OBS:	

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

329

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	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				Rutina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				16-24-00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				2000
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

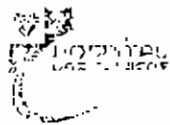
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1872/RR

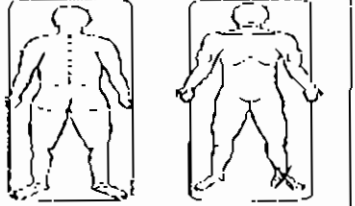

SINAIS VITAIS	PA	PC	Q	Temp	
6 H	119x75	66	79	36.0°C	
12 H	130x80	77	79	36.9°C	
18 H	140x90	70	79	36.5°C	
24 H	131x88	75			

Dextro = 25.3 mg/dl

DXT = 0.83 mg/dl

17:05 Dextro 25.3 mg/dl corrigido 4/4 mg/dl.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2014
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

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

Obs: Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConynTec. Solutions Programax.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente

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

NOME:

Cláudio Roberto dos Santos

HD

DATA: 05/03/19

SEXO: MM () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO 329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS								

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

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

SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA						
---------------	-----------------	------	--	--	--	--	--	--

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- AMPUTACÃO								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ULCERA POR PRESSÃO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	GRAU I () GRAU II () GRAU III ()				
--------------------	-----------------	-------	------	-------------------------------------	--	--	--	--

CABEÇA	PESSOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
--------	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO							
----------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

PUPILAS	REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISÓCORICAS () MIDRIÁTICA							
---------	---	--	--	--	--	--	--	--

ACUIDADE VISUAL	NORMAL () DIMINUIDA	ACUIDADE AUDITIVA	NORMAL () DIMINUIDA					
-----------------	----------------------	-------------------	----------------------	--	--	--	--	--

VIAS AÉREAS SUPERIORES	PERVAS () OSTRUIDAS	HIGIENE BUCAL	FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA					
------------------------	----------------------	---------------	-------------------------------------	--	--	--	--	--

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO								
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

EXPANSÃO	SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
----------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

FREQUÊNCIA	TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () EUPNEICO							
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

MÚLTIPLOS VESICULARES	AUSENTES () PRESENTES	TOSSES	AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO					
-----------------------	------------------------	--------	-----------------------------------	--	--	--	--	--

RUIDOS ADVENTÍCIOS	AUSENTE () PRESENTES	ESTERTORES	SIBILOS					
--------------------	-----------------------	------------	---------	--	--	--	--	--

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS								
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

DEHIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA	ROSCADA () HIPERCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

TEMPERATURA DA PELE	NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA							
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

APARELHO CARDIOVASCULAR								
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

ARTERIAL	REGULAR () IRREGULAR ()							
----------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

PERFUSÃO PERIFÉRICA	NORMAL () DIMINUIDA							
---------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--

PULSO	PERIFÉRICO () CENTRAL () ARRITMICO () FILIFORME							
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

LOCAL DO PULSO	TAQUICARDIA () BRADICARDIA () EUPNEICO							
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

APARELHO GASTROINTESTINAL								
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

ABDOMEN	DOLORE () INDOLORE ()							
---------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO NUTRICIONAL	BOA () RUIM ()							
--------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

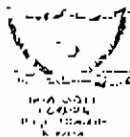
DIETAS	COMUM () ESPECIAL ()							
--------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--

|--|

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ACAO DO TECNICO DE ENFERMAGEM	
NOME	DATA	NOME	DATA
<p>ASS E CARIIMBO ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA 05/03/08 HORA 16:00</p> <p>Realizada no LOTE, supracitado, com bol, seringa, observando com auxílio de medidor, com unidade de leitura em ml e, marcado logo, obtida uma dilata ção de 1,5 cm, sendo guarnecido o cilindro, de unidade de leitura, com o auxílio de um cilindro de leitura.</p> <p>ASS E CARIIMBO ENFERMEIRO:</p> <p>NOTA: DATA 05/03/08 HORA 16:00</p>	<p>ASS E CARIIMBO TEC ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA 05/03/08 HORA 16:00</p> <p>Realizada com seringa, obtida 2,53 cm, sendo seguem os dados.</p> <p>ASS E CARIIMBO TEC ENFERMAGEM:</p> <p>NOTA: DATA 05/03/08 HORA 16:00</p> <p>Realizado S.V.V. + medicação C.P.M. + Injeção de A.V.L.P. + D.T. + S. Segue com cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS E CARIIMBO TEC ENFERMAGEM:</p> <p>NOTA: DATA 05/03/08 HORA 16:00</p>		

[illegible]

ok 329.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	TIAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	03/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM1 TIAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CLIFEMINE 1G EV 8/8H				13h 20 06
4	FLATIL 20MG EV 12/12H				USUÁRIO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	PARAL 100mg + SE 0.5% EV OU DL CP VO 8/8h SE DOR INTERMEDIÁRIA				SN
7	F-LASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CLOMIPRAZOL 40MG VO PELO MANHÃ EM JEJUM				06
9	GIMLITICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Reforma
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				13h
13	DLXIRO 8/8HS				16h 20 08
14	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE				20
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS ACEITANDO DIETA ORAL OFERECIDA
EXAMES FISIOLÓGICOS PRESERVADAS NÍVEL Glicosídicos, FÉBRIL, TOSSE OU
SINTOMAS PULMÔNICO, LOEIL, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E
08H	131x93	74	36.3°C	+	+
12H	131x70	80	36.6	+	+
16H	130x80	88	36.6	+	+
20H	142x88	71	36.3°C	+	+

15/4/19 12:20T 187 mg/dl

15/4/19 12:20T 196 mg/dl - 196 mg/dl

[Handwritten signature]
Dr. João Teodoro dos Santos
Ortopedista
CRM 257522 IE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE

NOME: Wagner de Souza Junior

DATA: 06/04/19 SEXO: (M) M () F IDADE: _____

PESO: _____ KG

LEITO: 225

• ALÉRGICO: _____

H-D

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

SONDA VESICAL SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____
SONDA NASOGÁSTRICA SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____
DRENOS? SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRACTURA 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 () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES ☒ PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ☒ FAVORÁVEL () RAZONÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍDCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

☒ HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () PÍTIVO () ARITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

FALTA DE INGESTÃO: () RESQUÍTAS APROPRIAS () HÁCTICO () DISTENDIDO () TENSÃO () AGUDO () VOMITADO

HEMÓRROIAS: () AUSENTES () PRESENTES () FÉCULES () DISTENDIDO () TENSÃO () AGUDO () VOMITADO

☒ AVALIAR CONDIÇÃO GASTROINTESTINAL

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 h

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS/TQT _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

☒ ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

☒ ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

☒ MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ h

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES

☒ VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

SAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS _____ h

() REALIZAR DENTRO _____ / _____ HORAS

☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

☒ ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ h

☒ REALIZAR CUIDADO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES ENF: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A

ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTRAS: _____

Elaborado por: Enfermeira
CORREÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: 0604

DATA: 0604 HORA: 11

Pochi, dulce, curubos, ajedra, Enmeica
 Curubos, nabo, nabo, nabo, nabo
 nabo, curubos, nabo, nabo, nabo
 nabo, curubos, nabo, nabo, nabo

FILED
ENCL
COREN/RP

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: _____
 DATA / / HORA :
 TARDE: _____

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	
DAT 06/07 HOR 10:00	

Healed by living + medicines
Cops then saw quack doctor
+ went into.

2013-12-13

ASS. CARIMBADO. TERC. ENFERMAGEM.

ASS E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO: _____
DATA: _____
HORA: _____
NOTA: _____

ASS. E CARIMBO, TÍT. ENFERMAGEM:


DATA 22/03/2019, HORARIO: 12

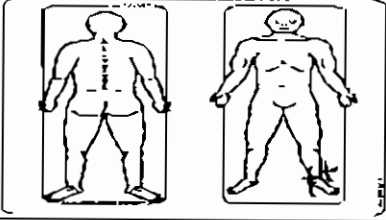
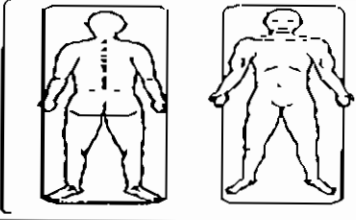
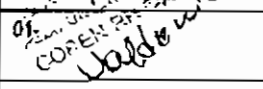
NOTA:

42:1-2 The more apparent
the more, and the more
the more, the more the more

100-443886-100

100

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
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: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com 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 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		
Doc.	<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>08:25</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. 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 Program.
 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 TORNZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	17/02/17
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				3am
2	ACLSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CFFEPIME 1G EV 8/8h				18/06
4	TILATIL 20MG LV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN				SN
6	FIRAMAL 100MG + SF 0.9% LV OU 01 CP VO DE 8/8h SI DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PEL A MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10am
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				2.14
15	DEXTRO 6/6HS				18/06
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 QÜIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSIU OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEM AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

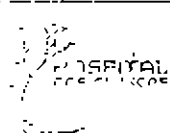
12	211 mg/dl	02.05
18	342 mg/dl	
24		
06		

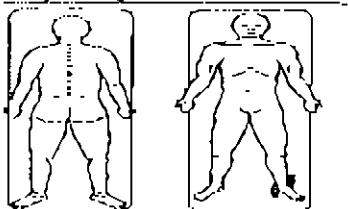
06.05.17	82 mg/dl				
SINAIS VITAIS					
6 H	130/90	73	36.1	+	
12 H	120/80	87	36.8C	+	6
18 H	130/90	72	36.6C	+	8
24 H	140/70	68	36.5C		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. [Signature]
CRM 100500

12.05.17 211 mg/dl - Acetaminofeno

	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	
DATA: 07/03/19	Localização / Região
GRAU I 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 Diabete
Forma da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipos de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Odor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Redução da pele Perifoneal:	<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
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 (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: _____
Horário do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: (em caso de + de 24hs)	08/03/2019
Carimbo e Assinatura em Enfermagem	Valda Cardeiro da Silva Enfermeira COREN-RR 203547
Carimbo e Assinatura do Médico	Elza Lima Enfermeira COREN/RR 368930
OBS	

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

NOME: SOARES, Anderson dos Santos ID: _____
 DATA: 07/04/13 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

SONDA VESICAL: SIM () NÃO ☒ DATA: 03/04

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ☒ NÃO ☒ DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ☒ DATA: _____

DRENOS? SIM ☒ NÃO ☒ QUANT? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESTIÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

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

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL ☒ RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS. _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SINTÉTICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA: ☒ SUPLENTO () TAQUIPNEICO () ORACIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () SISTERIÓRES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

☒ HÍDRATADA () DÍLIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROC ARDÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIVINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUXUANTE

PULSO: () METABOLICAMENTE () TADUICAMENTE () FREQUENTE

LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ BOA () POUCA () NULO

ERCTO: ☒ NORMAL () PLENTO () DEBILITADO

EVACUAÇÃO: ☒ REGULAR () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO

HELMINTÍAS: ☒ NÃO () SIM

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TRICCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() F. POTERMIA

() F. PERERMIA

() DEFICIT DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEFICIT DO SONO PREJUDICADO

() COMORBIDIDADE

() MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 H

() MANUTENÇÃO MONITORIZAÇÃO

() MANUTENÇÃO CABECERA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() OBSERVAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

() MANUTENÇÃO ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACITACÃO DA DIETA

() MANUTENÇÃO A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONSCIENTE

() ESTIMULAR DEAMBULACAO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTELIGÊNCIA E ATIVIDADE

() OUTROS

Relatório de evolução de enfermagem, realizado durante a manhã, com o paciente em estado de consciência, com a presença de alguns sinais vitais normais e com a presença de alguns sinais vitais normais.

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

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

Relatório de evolução de enfermagem, realizado durante a tarde, com o paciente em estado de consciência, com a presença de alguns sinais vitais normais e com a presença de alguns sinais vitais normais.

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM.

Relatório de evolução de enfermagem, realizado durante a noite, com o paciente em estado de consciência, com a presença de alguns sinais vitais normais e com a presença de alguns sinais vitais normais.

NOITE: DATA 07/02/2020 HORA 22:00 ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM.

Relatório de evolução de enfermagem, realizado durante a noite, com o paciente em estado de consciência, com a presença de alguns sinais vitais normais e com a presença de alguns sinais vitais normais.

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM.

12-11-1964

DATA: 8/27/03

• 2011. 11. 15. 14:11

Nome

DATA / / HORA

Assinatura

Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA / / HORA

13x90 mmHg FC 84 FR 20 S/T
no momento S/ urina e 1 litro de
gelo no ml. Diurese presente de
para Evacuar até 0m (potencial de 5ml) 18
Cura Cuidado da Espinha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

TARDE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM

NOITE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM

Check no lito útero e Quedado
desenvolvido nos movimentos, aliado com
ultrassom livre e estável sem sinais de
hemorragia interna moderada ou grave
sem sinais de desidratação, está em folto
uso paracetol. 2x 500mg de paracetol
para alívio da dor e para prevenção
de trombose

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCN. 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
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			329/28/06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI 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			06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
10	SSVV + COGG 6/6 H			Manhã
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
12	CURATIVO DIÁRIO			forado de leito.
13	DEXTRO 6/6HS			329/28/06/2
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE			20
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 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
DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

TEMPOAIS VITAIS	P.A	F.C	FR	TA	DO	E	DT
6 H	110x80	66	19	36,2	+	-	170mg
12 H	110x80	73	19	36,2	+	+	170mg
18 H	110x80	69	18	36,2	+	+	170mg
24 H	110x80	69	19	36,2	+	+	170mg

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10514/RS

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10514/RS

[illegible]

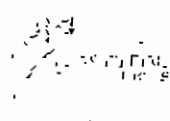
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

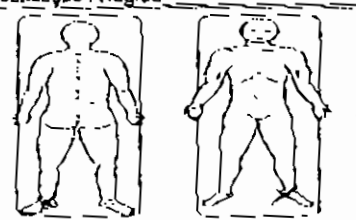

NOME: JOÃO CARLOS HO: 25/09/2010

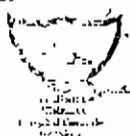
DATA: 25/09/2010 SEXO: M () F IDADE: 39 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 39 ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS									
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL			<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"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> IMOBILIDADE 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"/> 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"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBILIDADE CARDÍACA DIMINUIDO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>12</u> H <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>2</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"/> MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: <u>12</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>12</u> 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 <u>2</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:			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL								
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: <u>25/09/2010</u>								
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()	DATA: <u>25/09/2010</u>								
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)									
DRENOS? SIM (X) NÃO () QUAL? <u>QUAL?</u> DATA: <u>25/09/2010</u>									
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO									
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III</u>									
CABEÇA FRESCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO									
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOTÓPICAS () ANISOTÓPICAS () MIDRIÁTICA									
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () PÉSSIMA									
OBS: <u>AVULSÃO DE DENTE</u>									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO									
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO									
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS									
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:									
(X) HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALEA () RUBORIZADA () ICTERICA									
() CLAVICULA () ACILANÓTICA () ACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()									
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA									
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME									
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: <u>FREQUÊNCIA:</u>									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO									
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VMS PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA									
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO: (X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SYD () CLAMPADA () CONCENTRADA									

COPIA PARA: SECRETARIA
DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO
DE 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: <u>João Tiago dos Santos</u>				
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	
Doença: <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	Doença: <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: Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcio <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcio <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato: Tipo 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"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Sem	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Remoção da pele: Características:	<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"/> 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"/> 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:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		
Curativo primário: (relato cirúrgico 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"/> Outras:	<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"/> Outras:		
Dia do Curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Limpeza de 1 a 24hs	28.02.19 Eliana Lima Enfermeira COREN/RR 356839	01- 02-		
Observações e Assinatura: (Assinatura em Enfermagem)	OBS:			



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	326	DATA	11/3/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DILAT. ORAL PARA DM E HAS						SN	
2	ACLSO VENOSO PERIFÉRICO						SN	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H						FIXO	
4	FILATIL 20MG EV 12/12H						SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN						SN	
6	PARALAM 100MG + SE 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	CMEPRAZOL 40MG VO PEI A MANHÃ EM JEJUM						SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H						SN	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMHG						SN	
12	CURATIVO DIÁRIO						SN	
13	GLXIRO 8/6HS						SN	
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE						SN	
15								
16								
17								
18								
19								
20	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300: 4UI, 301-350 6UI; 351-400. 8UI; ≥ 400: 10 UI OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITANDO BEM A DIET. AL. ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. PULSADO, T.O.T., B.C.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 6651 RQE 634

DIAGNÓSTICO	VITAIS	P.A.	FC	ER	TAX	D	E	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM
01/11	130/70	75	38	360	+	+	144/44	MI	ORTOPEDIA E
12/11	140/90	85	38	360	+	+	144/44	MI	TRAUMATOLOGIA
18/11	150/90	80	36	360	+	+	144/44	MI	
24/11	140/90	74	37	360	+	+	160mg/dl	MI	

DA 2007-01-01

COREN

DATE / / HOUR

DATA	HCRP
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

ASS. L. CARLINO. EN = PRIME RO

ANOTACÃO DO ILUST. LUIZ NEFFI MACHADO
 (A)TAN 15/05/2011

Healthy friend, friends
and family. Friends
and family. Friends
and family.

DATA / HCRA

DATA / _____ HORA _____

—ASS E CARIMED REC ENFELAGIA

1

SEXO: (M) M () F

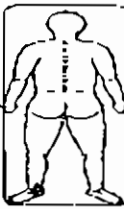

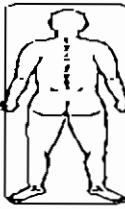

PE50 _____ KG.

♦ 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 checked="" type="checkbox"/> Desequilíbrio <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> RISCO PARA A INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>66</u> H <input checked="" type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CÂVECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> / <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	
CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> SONDA NASOENTERAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> DRENOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL: <u> </u> DATA: <u> </u> IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTADA ÚLCERA POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u> </u> GRAU I <input type="checkbox"/> GRAU II <input type="checkbox"/> GRAU III CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> COMATOZO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO PUPILAS: <input type="checkbox"/> REAGENTE <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PRECÁRIA OBS:		TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: <input type="checkbox"/> SIMÉTRICO <input type="checkbox"/> ASSIMÉTRICO RIR INSPIRATÓRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO MÚRMUROS VESICULARES: <input type="checkbox"/> AUSENTES <input type="checkbox"/> PRESENTE TOSSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> RONCOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> SIBILLOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: <input checked="" type="checkbox"/> HIBRIDADA <input type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> HIPOCORADA <input type="checkbox"/> PALEDA <input type="checkbox"/> RUBRIZADA <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> ACIANÓTICA <input type="checkbox"/> ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA <input type="checkbox"/> HIPERTÉRMICA <input type="checkbox"/> HIPOTÉRMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> PERCUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> FIL FORME PUNÇÃO: <input type="checkbox"/> DOR/CARDÍACO <input type="checkbox"/> TROMBOCITÓRICO <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA LOCAL DO PUNÇÃO: <u> </u> DEQUÊ VASA: <u> </u> ABOLICÃO GASTROINTESTINAL: <u> </u>			

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos		Localização / Região	
DATA: 25.02.19	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 	 
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"/> outros:	<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"/> outros:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Der.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input 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	Andréia Gomes Gonzaga Rec. Enfermagem 01-02-2019	01-02-2019	02-02-2019
Relato e ass. Rec. em Enfermagem	Elza M. Lima Enfermeira COREN/RR 365859		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			



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
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	20:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	14:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	BUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	11:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	11:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	11:00
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	11:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H	11:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	11:00
14	CURATIVO DIARIO	11:00
15	DEXTRO 8/8HS ACABOU FITA	11:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20:00
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Elger Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

DATA	P	SC	T	R	O	E
6 H	115x70	76	36.3°	36°	+	
12 H	120x50	80	36.3°	20	+	+
18 H	160x100	87	36.8°	20	+	+
24 H	140x70	77	36.5°		+	

Dr. Elger Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

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

NOME: João Nogueira 2005001457

HD

DATA: 03/02/13

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

325

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CATER CENITAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO ☒

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ☒ NÃO ☒

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ☒

DRENOS: SIM ☒ NÃO ☒

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

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

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AERÉAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS

OBS:

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEREBILITADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() MANter VIAS AERÉAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 106 H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TOT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ATÓICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA

() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS: 1 H

() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS

() REENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 / 1 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() CURAR

() OBSERVAR

() REGISTRAR

() OBSERVAR

() REGISTRAR

() OBSERVAR

() REGISTRAR

() OBSERVAR

() REGISTRAR

() OBSERVAR

() REGISTRAR

() OBSERVAR

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA/HORA	MANHÃ:	DATA/HORA
<p>Raciocínio lógico, observação global, exame em ambiente hospitalar, cuidados com paciente, aspectos com intervenções, observação com alta eficácia, fisiológica, fisiológica</p> <p>ASS. E CARIMBO, ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA:</p>	<p>Raciocínio lógico, observação global, exame em ambiente hospitalar, cuidados com paciente, aspectos com intervenções, observação com alta eficácia, fisiológica, fisiológica</p> <p>ASS. E CARIMBO, TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA:</p>		
<p>NOTA: ASS. E CARIMBO, ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA:</p>	<p>NOTA: ASS. E CARIMBO, TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA:</p>		

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	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 6/8H SN				SN
6	TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				16-24-00
19	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. EUPNÍFICO, LOTE, B.E.G. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

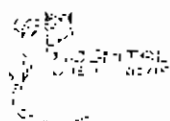
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10578/RR

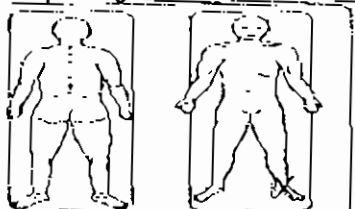

SINAIS VITAIS	PA	FC	Q	Temp	
6 H	119x75	66	19	36.0°C	
12 H	138x80	77	19	36.3°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Dextro: 253mg/dl

DXT = 0.033mg/dl

14/05. Dextro 253mg/dl corrigido 4/4 UI R.

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

Nome: <u>Lucia Teodoro dos Santos</u>	
DATA: <u>05/03/19</u>	Localização / Região
<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 _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida:	Localização / Região
Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Qualidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Dor: <input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Odores: <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	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
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 _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
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: _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
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: _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:15</u> <input type="checkbox"/> Tarde	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Data na Próxima troca: em caso de 1 de 24hs	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Carimbo e ass. do. em Enfermagem	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
OBS:	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convoa Tre, Substituto Programar. Os pacientes com 07 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

DATA: 05/03/19 SEXO: M() F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TOCA GÁSTRICA PREJUDICADA <input 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"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> (1) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> (1) MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> (1) MANTER CABECEIRA ELEVADA <u> </u> <input type="checkbox"/> (1) ASPIRAR VIAS /TOT <u> </u>
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____ CATETER PERIFÉRICO: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () LOCAL: <u>MSE</u> DATA: <u>04/03</u> SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ DRENOS: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____					<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> TENTAR PARA QUEIXAS ALÉGICAS <input type="checkbox"/> TENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PENSAÇÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> (1) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> / <u> </u> H <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EL MANEJOS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR RES DUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
1. PERÍMENTO 2. ADRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAZÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>LEGO</u> <u>11 G</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEMADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> REAGENTE () NÃO REAGENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> PÉRVIAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZZÁVEL () PRECÁRIA					
Q85-					

[illegible]

MANHÃ: _____ VOLTA: _____ ENFERMEIRO: _____
 DATA: 16/03 HORA: _____

MANHÃ: _____ DATA DO TCC: 16/03 ENFERMEIRO: _____
 DATA: 16/03 HORA: 16:00

TARDE: _____ ASS. E CARIÑO: ENFERMEIRO: _____
 DATA: 05/03 HORA: 16:00

TARDE: _____ ASS. E CARIÑO: TCC ENFERMEIRO: _____
 DATA: 16/03 HORA: 16:00

Paralelo no LOTE, suposto, de
 Lote, suposto, com o
 de modo, com o modo de
 mt, suposto, com o modo de
 suposto, com o modo de
 minutas, suposto, com o modo de
 com o modo de

Paralelo no LOTE, suposto, de
 Lote, suposto, com o
 de modo, com o modo de
 mt, suposto, com o modo de
 suposto, com o modo de
 minutas, suposto, com o modo de
 com o modo de

NOITE: _____ DATA: 16/03 HORA: _____ ASS. E CARIÑO: ENFERMEIRO: _____

NOITE: _____ DATA: 16/03 HORA: _____ ASS. E CARIÑO: TCC ENFERMEIRO: _____

Paralelo no LOTE, suposto, de
 Lote, suposto, com o
 de modo, com o modo de
 mt, suposto, com o modo de
 suposto, com o modo de
 minutas, suposto, com o modo de
 com o modo de

ASS. E CARIÑO: ENFERMEIRO: _____ ASS. E CARIÑO: TCC ENFERMEIRO: _____

329.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIL		DN	
NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
EXAMES	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
DIAGNÓSTICO		LEITO	32	DATA	02/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM1 HAS				SN
2	ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS				monte
3	OFFEPIME 10 EV 8/8h				18/22/06
4	PARALATIL 20MG IV 12/12h				SUSPENSÃO
5	IBUPROFENO 200 EV 8/8h SN				SN
6	PARALATIL 100mg IV 0.9% EV DE 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PARALATIL 10 mg IV 8/8h (S/R)				SN
8	OMEFRAZOL 40MG VO PELARANJA LM JI JUM				06
9	SIMILICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/R)				SN
10	SSVV + CCGG 8/6 H				Rodina
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				14
13	DEXTRO 8/8h				15/24/08
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 ZUI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI FOU GLICOSE < 70 DLM/L, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA				


RECOMENDAÇÃO MÉDICA:
CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA
CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NENHUMA QUEIXA ALGICA, FEBRE, TOSSE OU
DIÁFORA. LUPNÉTICO, LOTIL, BFG
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

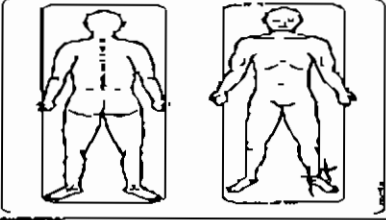
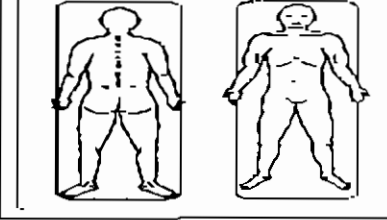
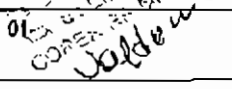
	PA	FC	T	D	E	
08h	131x93	74	36.3°C	+		saúde
12h	131x90	80	36.6	+	+	saúde
16h	130x90	88	36.6	+	+	saúde
20h	130x90	71	36.3°C	+	+	saúde

13/02/2016 18h 487 mg/dl

13/02/2016 19h 396 mg/dl

[Handwritten signature]
Enfermeiro(a) Responsável
Cristina G. de S. Lima
CNPJ 07.522.712-11

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
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: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		
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 08:29 <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 Convênio Soluções Programadas.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

NOME: JOÃO CARLOS DA SILVA ID: 123456789 SEXO: (M) M () F IDADE: 45 PESO: 75 KG, LETO: 30 S • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES
CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u>NAO</u> DATA: <u>20/08/19</u>	
CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <u>NAO</u> DATA: <u>20/08/19</u>	
SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA: <u>20/08/19</u>	
SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA: <u>20/08/19</u>	

SONDA NASOENTERAL: ☐ SIM ☒ NÃO DATA: 20/08/19
DRENOS? ☐ SIM ☒ NÃO QUAL? NAO DATA: 20/08/19
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - G- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: ☐ SIM ☒ NÃO LOCAL: NAO GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ NÃO CONSCIENTE () CONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERIUS () OSTIÓTIPO HIGIENE BUCAL: ☒ FAVORÁVEL () RAZONÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: ☐ SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
☒ HÍDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBRIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () JACODIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: NAO
APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO

REACTIVIDADE: () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PULSAVEL
ELIMINAÇÃO: () REGULAR () DIARRÉIA () CONSTIPADO () PRITIBO
DEFECAÇÃO: () REGULAR () DIARRÉIA () CONSTIPADO () PRITIBO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TOCA GÁSTRICA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

MODULADORA FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPÊUTICO
() DESOBSERVAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTIPACÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRÔNICO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPERTERMIA
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADADO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() CONFIANÇA PREJUDICADO
() EQUILÍBRIO PREJUDICADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS
() MANUTER VITAS DE 6 h
() MANUTER MONTORIZAÇÃO
() MANUTER CABEÇA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 h
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS 18 h
() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 2 h
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM 1 h
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() QUERERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() CUIDOS

Exatidão
CORRETO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 06/04 HORA: 12h	MANHÃ:	DATA: 06/04 HORA: 12h
<p>Realizado curativo umbilical, axilar, eunuclo e de membros inferiores, neta da náusea e vômitos, observando bem auto-higiene pessoal e da manobra.</p> <p>Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> COPEN/IRP 35600</p>	<p>Realizado curativo e medicação. Col. tra e sem queixa de dor e incontinência.</p> <p>Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> COPEN/IRP 35600</p>		
<p>TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>		
<p>NOITE: DATA: / HORA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE: DATA: 07/04 HORA: 00h ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>		

329



SECRETARIA DE SAÚDE 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 TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	07/11/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VLNOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				18/22/06
4	TILAIL 20MG IV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN				su
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU OL CP VO DE 8/8h SE DOR INTERM.				su
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				su
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				su
10	SSVV + CCGG 6/6 h				Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				su
14	CURATIVO DIÁRIO				su
15	DEXTRO 6/6hs				18/22/06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGLUCAR (SC), CONFORME ESQUEMA 260-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

12	211 mg/dL	0.05
18	342 mg/dL	
24		
06		

SINAIS VITAIS		D		E	
6 H	130/90 73 36.1	+			
12 H	120/80 87 36.80	+			
18 H	150/90 72 36.60	+			
24 H	140/70 68 36.50				

GLICOSE: 216 mg/dL - AVALIAR DIETÉTICA

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. [Signature]
CRM-RORAIMA

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

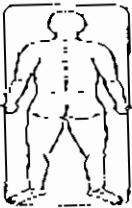
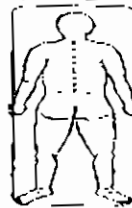


Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro		Data: 01/03/19	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> 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>		<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> 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 estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Cor de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguinolento		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguinolento
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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro
Curativo primário	<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:	<u>Manhã 09:20</u> <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>08/03/2019</u>		
em caso de + de 24hs	<u>08/03/2019</u>		
impressão ass. em Enfermagem	<u>Elza Lima</u> Enfermeira COREN-MG 5569-19	01-	02-
Assinatura			
Enfermeira			

ONS

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

NOME: Sofia Isadora dos Santos HD

DATA: 07/04/13 SEXO: M () F () IDADE: 33 ANOS

PESO: 55 KG.

LEITO: 323

ALÉRGICO: ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS							
CATERE CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter Vias Aéreas Pérvias	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
CATERE PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA	() INEAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() MANter Monitorização	() MANter Cabeceira Elevada	() MANter Vias Trôc
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MEDO	() INEQUILIBRIO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA	DATA	() ANSIEDADE	() PRESENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO (X)	DATA	DATA	() MEDO	() INEQUILIBRIO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
DRENOS	SIM () NÃO (X)	DATA	DATA	() INEQUILIBRIO	() INEQUILIBRIO	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1- FERIMENTO 2- ADRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()							
CABEÇA PESCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO							
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA							
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA							
VÍDAS AERIAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS							
HIGIENE BUCAL: (X) SAZONÁVEL (X) RAZONÁVEL () PRECÁRIA							
OBS:							
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO							
EXPANSÃO: () SINTÉTICO () ASSIMÉTRICO							
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO							
FREQUÊNCIA: (X) TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO							
MÚNIMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES							
TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORACÃO							
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS							
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:							
(X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORRADA () FRÍDIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA							
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: () NOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPO-TÉRMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
FREQÜÊNCIA: (X) NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME							
PULSO CENTRAL: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME							
LOCAL DO PULSO: FREQÜÊNCIA							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO							
DOR: () NÃO () SIM () LOCALIZADA () GERALIZADA							
BOCA: () NORMAL () ANORMAL ()							
GARGALHO: () NORMAL () ANORMAL ()							
DEGLUTIÇÃO: () NORMAL () ANORMAL ()							
STÓRCO: () NORMAL () ANORMAL ()							
EVACUAÇÃO: () NORMAL () ANORMAL ()							
URINA: () NORMAL () ANORMAL ()							
SUDO: () NORMAL () ANORMAL ()							
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO							
MOVILIDADE: () NORMAL () ANORMAL ()							
DOR: () NÃO () SIM () LOCALIZADA () GERALIZADA							
TUMORES: () NÃO () SIM ()							
DEFORMIDADES: () NÃO () SIM ()							
FRATURAS: () NÃO () SIM ()							
ARTROPODAS: () NÃO () SIM ()							
OUTROS: () NÃO () SIM ()							

MANHÃ

FOLHA DO ENFERMEIRO

DATA 14/05/2020

Examinar a tosse do paciente, ele está
 melhor, ainda há alguma tosse, porém não
 tem febre e alguns dias mais e
 voltar para a rotina normal.
 Como o paciente não apresenta
 febre, ficar monitorando.

TARDE

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA 14/05/2020

NOITE

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA 14/05/2020

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

MANHÃ

FOLHA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA 14/05/2020

Verificar a tosse do paciente, ele está
 melhor, ainda há alguma tosse, porém não
 tem febre e alguns dias mais e
 voltar para a rotina normal.

TARDE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DATA 14/05/2020

Verificar a tosse do paciente, ele está
 melhor, ainda há alguma tosse, porém não
 tem febre e alguns dias mais e
 voltar para a rotina normal.

NOITE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DATA 14/05/2020

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO	DIU		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	TIAS	NEGA	DM2
TRATAMENTO	LEITO	329	DATA	8/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			ORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E TIAS			San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			monte
3	CEFLIPIME 1G EV 8/8H			SUSP.
4	HIDALTI 20MG LV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPRONA 1G EV 6/8H SN			SN
6	FENAL 100MG 1 SE 0.9% EV 6/8H VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM			06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H (S/N)			SN
10	SSV + CCGO 5/8 H			Rodna
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg			SN
12	CURATIVO DIÁRIO			SN
13	CURATIVO 6/8H			SN
14	ATRIETILINA 25MG VO À NOITE			20h
15	SE DIASÉ NICO CORRELAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUILMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI + OUT Glicosí < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR			
16	PLANTONISTA			

18/11/19 06:12

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACERTANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS AGUDAS, FEBRE, TOSSIDE OU DIARRÉIA, TUBERCULOSE, LTB, BCG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

HORA	DXT	CORREÇÃO
12	74 mg/dl	0
18	140	-
24	80 mg/dl	-
06	74 mg/dl	-

SINAIS VITAIS	D	E	INTERCORRÊNCIAS
11/11 140x90 72	0	0	RESPIRATÓRIA
12/11 140x90 72 36.7°C	+	0	TRAUMATOLOGIA
13/11 140x90 80 36.7°C	+	-	R 20
14/11 140x90 71 36.7°C	+	0	

Indicador de Sinais Vitais
Respiratória
Traumatologia
R 20

18/11/19 06:12

NAME John Jackson

SEXO: 1) M () 2) F ()

מנהל

PESO

XC

. FIFTY

2

• ALÉRGICA

—HD

• ALÉRGICA

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL		DATA	
CATETER PERIFÉRICO		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. PERFURAMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRACTURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()			
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÓADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () FÉRVIDAS () OSTRUIDAS			
OBS: _____			
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
CONSPIRATORIA: () SIM () NÃO			
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DESPNEÚTICO			
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSCULTOS () PRESENTES			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS			
() HIBRIDADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HÍFOCORADA () PALIDA () ROSIZADA () VERTICADA			
() CERVICAL () ACANDIDA () MACROANGIOTICA			
TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA			
APARATO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO FEMORAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO AORTAL: () PRESENTE () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS () AUSCULTOS			
PULSO CAROTÍDEO: () PRESENTE () AUSCULT			

Ass. e Carimdo. Enfermeiro

Ass. e Carimdo. Tec. Enfermagem

7-1-12 18:00
Fe 13
E +
2 +

TADE:	DATA / HORA	ASS. E CARIMDO. ENFERMEIRO	TADE:	DATA / HORA	ASS. E CARIMDO. TEC. ENFERMAGEM
-------	-------------	----------------------------	-------	-------------	---------------------------------

NOITE:	DATA / HORA	ASS. E CARIMDO. ENFERMEIRO	NOITE:	DATA / HORA	ASS. E CARIMDO. TEC. ENFERMAGEM
--------	-------------	----------------------------	--------	-------------	---------------------------------

Com o paciente no leito
realizada a administração
de 400 mg de paracetamol
por via oral.

INDICAR
ENTRADA
CONTINUA

Paciente em repouso, bem
tolerando a medicação
de analgesia.

Ass. e Carimdo. Tec. Enfermagem



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	3/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO P/ RIFERICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TIRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				18h
15	DEXTRO 6/6HS				06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NENHUMA QUEIXA ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, REG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H	130x80	70	36.7°C	117mg/dl
24 H	130x80	70	36.4°C	

14h - Soro 117 mg/dl

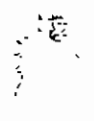
18h - Soro 151 mg/dl


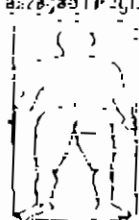
06h - Soro 77 mg/dl - Tecmália

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. André D. M. M. M.
CRM 10.101.100
CRM 10.101.100

Paradiso de Saúde Ltda
Técnico de Enfermagem
CNPJ 20.718.222-00

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Última Atualização
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENFERMEIRO: 329		

Nome: João Teodoro	Localização / Região	Localização / Região
02/04/19		
Gravidade	<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 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
Extensão da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Características do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcio <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcio <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Características do 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
Presença de Sangue	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Presença de odor	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Presente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Presente no leito	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Presente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Presente no leito
Presença de dor	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Secca <input type="checkbox"/> Intensa / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Secca <input type="checkbox"/> Intensa / Rubor
Presença de sinais de infecção	<input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Outras
Medicação 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
Medicação primária	<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
Medicação secundária	<input checked="" type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo
Medicação próxima à cicatrização	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo
Medicação para cicatrização	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo
Medicação para cicatrização	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo
Medicação para cicatrização	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Cardo

02/04/19
Valde Cardoso da Silva
 Ass. de Enfermagem
 COREN - RR 000403547

OBS.

2020-2021

DATE: 02/04/98 SEX: (N) Y () F IDAD: 17

八二

2021 July

- **ALLERGICO?**

[illegible]

Paciente admitido, quadro clínico em evolução. O exame físico encontra-se normal. A evolução clínica é satisfatória. A medicação prescrita está sendo administrada corretamente.

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Paciente em tratamento com medicação. A evolução clínica é satisfatória. A medicação prescrita está sendo administrada corretamente.

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Paciente em tratamento com medicação. A evolução clínica é satisfatória. A medicação prescrita está sendo administrada corretamente.



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	8/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				ORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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 INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Obs
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCCG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				9-18-24-06-12-20
15	DEXTRO 6/6HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250- 2UI, 251-300 4UI; 301-350. 6UI; 351-400: 8UI; > 400- 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H	130x80	70	36.7°C	117mg/dl
24 H	130x83	76	36.4°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

14:00 - glicose 117 mg/dl
18:00 - glicose 151 mg/dl
06:00 - glicose 77 mg/dl Tecmálin

[illegible]

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESIONES		DIAGNOSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				RISCO DE INFECÇÃO		MANUTENÇÃO DE FERIDAS E FERIDAS	

PREScrição de Enfermagem
() MANUTENÇÃO DE FERAS PERVAS

CALIBER	CENTRAL	CATER PERIFERICO	SIM () NOT ()	LOCAL	DATA

CONDAMNANTERAI: SM (10) NAC (10) DIA

DEBILIDADE NA LESÃO
FERRIVENTO 2 ABRASÃO 3 HEMATOMA 4 DEFORMIDADES 5 NATURAL

UPLAS. | REAGENTE (| NO REAGENTE (| ISOCÓNICAS |) ANISOCÓNICAS | } MDRIÁTICA

ORAL E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

URFUMINOS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTE TOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORACÃO ()

MODERATUHA DA PELE () MORTALIDADE () HIPOTERMICA () CLANQUILIA () ACIDOTICA () INCONTINENCIA

10.50 PREVENCIÓN, RITMO Y MANEJO EN EL JUEGO

1. **PROPOSICIÓN 1.** Sea \mathcal{C} un \mathcal{A} - \mathcal{B} -bimódulo. Si \mathcal{C} es un \mathcal{A} - \mathcal{B} -bimódulo, entonces \mathcal{C} es un \mathcal{A} - \mathcal{B} -bimódulo.

[illegible]

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANUTENÇÃO DE FERAS PERMANENTES

RESISTANCE TO POLYMERIZATION

ENFRENTAMENTO INICIAL

|| RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

1 JFADIGA

1. AUTOESTIMA DEFECTUADA

DEFICIT DO AUTS CIGARRO

100

DO NOT PRELUDE

1) REALIZACIJA POSLOVA

ASPIRIN WAS /TG-

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

40 VERIFICAR E REGISTRAR E DEMAS

01E7A

() REALIZAR PROFITOS

ESTABLISHED 1882

MANHÃ

EVALUAÇÃO DO CENÁRIO

DATA

HORA

01/04/19

MANHÃ

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA

HORA

Paciente acordou, recebeu alimentação, higiene pessoal, banho, medicação, SIVs. Paciente está evoluindo bem, sem alterações fisiológicas relevantes.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE:

DATA

HORA

TARDE:

01/04/19

DATA

HORA

15:45

Paciente acordou, recebeu alimentação, higiene pessoal, banho, medicação, SIVs. Paciente está evoluindo bem, sem alterações fisiológicas relevantes.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE:

DATA

HORA

NOITE:

DATA

HORA

Paciente acordou, recebeu alimentação, higiene pessoal, banho, medicação, SIVs. Paciente está evoluindo bem, sem alterações fisiológicas relevantes.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
DATA	10/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	10:00
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	20
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H	Robus
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMH	SN
14	CURATIVO DIÁRIO	Manhã
15	DEXTRO 8/8HS	14 28 100
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

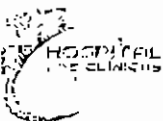
SINAIS VITAIS	PA	FC	TA	FR	D	E
6 H	130/80	82	35°C			
12 H	130/80	83	36,5	20	(+)	(+)
18 H	138/86	82	36°C	20	+	0 fenda
24 H	130/80	84	36,1°C	17	(+)	(+)

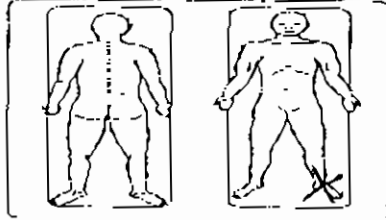
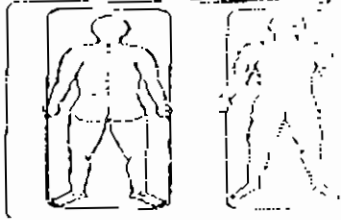
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro ...
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 15.153.100

Dextro
14 h + 137 mmHg/dl
22 h -
06 h

[illegible]

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

Nome: João Teodoro dos Santos				
DATA: 30/03/18 GRAU - I GRAU - II x2	Localização / Região: M.E. 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região: 	
Etiologia: Tamanho da Ferida: Aparência do Leito: Quantidade de Exsudato: Tipo de exsudato: Dor: Olor: Condição da pele Periférica: Solução para limpeza: Cobertura primária (Contato direto na lesão): Hora do curativo: Data da próxima troca: Em caso de + de 24hs: Limbo e ass. Tec. em Enfermagem Limbo e Assinatura do enfermeiro C.R.S.	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Orfêlica <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: <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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> 01- <input type="checkbox"/> 02-	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Orfêlica <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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <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 <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> 01- <input type="checkbox"/> 02-	01- 02-	
OUS:				



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
DM2	NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	329
DATA	11/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN	SV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 101 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE	SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SV
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SV
10	SSVY + CCGG 8/8 H	SV
12	CARTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM	SV
14	CURATIVO DIÁRIO	SV
15	DEXTRO 8/8HS	SV
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE	SV
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; 401-450: 6UI; 451-500: 7UI; 501-550: 8UI; 551-600: 9UI; 601-650: 10UI E OU GLICOSE > 170 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PIANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA

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 CIRÚRGICA.

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H	6 H	12 H	18 H	24 H	MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	Dr. Pedro Di Lorenzo
	93	93	93	93	93	93	93	93	
	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	
	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	146 mg/dl	
	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	238 mg/dl	

Dr. Pedro Di Lorenzo
CRM-RR 1544 R-1

MANHA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

03/11/2019 10:00

MANHA

NOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

03/11/2019 12:00

Paciente estável, lucida, com nível de consciência adequado para o estado de saúde. Segue sob cuidados da equipe.

03/11/2019
10:00
10:00

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO
DATA / / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM
DATA / / HORA

16:14

03/11/2019

Paciente em repouso, sem alterações.

03/11/2019

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO
DATA / / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM
DATA / / HORA

03/11/2019

Paciente em repouso, sem alterações.

03/11/2019

03/11/2019

03/11/2019

03/11/2019

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	12/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				50h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensa
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Rodina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	DEXTRO 8/8HS				12h 22h 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
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

E D

SINAIS VITAIS				
6 H	130x86	75	97	20
12 H	137x80	75	97	20
18 H	136x80	84	98	18
24 H	132x80	88	97	20

MÉDICO RESIDENTE EM
+ ORTOPEDIA E
+ TRAUMATOLOGIA

+ Dextro 10 mg/dl
+ 173

Dr. André D. Goulart
Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.115, RQE 604

14h - 103
06h - 103 mg/dl

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

NOME: Sara Jordano

HO

DATA: 04/04/18

SEXO: M

IDADE

PESO

KG

LEITO

325

ALERGICO?

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 MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA INEFICAZ <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> DESQUILIBRADO <input checked="" type="checkbox"/> MODULIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ DE PARÂMETROS			
CATETER CENTRAL				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
CATETER PERIFÉRICO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X) LOCAL DATA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO () LOCAL DATA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) LOCAL DATA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
1. FERIMENTOS 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO (X) LOCAL GRAU () GRAU II () GRAU III				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
CABEÇA FRENTO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESMENTADO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRÍATICA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
VÍAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PATENTES () OBSTRUÍDAS				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
OBS:				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: () FREQUENTE () NORMAL () RARAS				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
MUDANÇAS VESICULARES: () PRESENTES () TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPLICITAMENTE				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () ROMBOS () ESTERORES () SIBILOS				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA FECE/ MUCOSAS				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
HUMIDIFICAÇÃO: () JUBILAR () SUBJACENTE () CONADA () IMPROPRIA () FALSA () SUBJACENTE () HIGIÊNICA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
APARELHO CARDIOVASCULAR				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
RITMO CARDÍACO: () NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () DEBILITADO () FALSO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
PRESSÃO ARTERIAL: () NORMAL () HIPERTENSÃO () HIPOTENSÃO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SISTÓLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
DIÁSTOLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
PULSO: () NORMAL () ALTO () BAIXO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SISTÓLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
DIÁSTOLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
PULSO: () NORMAL () ALTO () BAIXO				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
SISTÓLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			
DIÁSTOLE: () NORMAL () ALTA () BAIXA				<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO VIAS AÉREAS PERÍCIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS VITAIS DE ACORDO COM O NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CATEGORIA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS/OTIT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PARA USO PERÍCIAS			

TARDE	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	TARDE	ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM
DATA	HORA	DATA	HORA

PA 130/70 FC 70 TPA 36,5°C, D+, E+
 Realizado SSK, e medicação com.
 Segue aos cuidados da equipe

Paciente segue aos cuidados
 da enfermagem, sem queixas,

[Assinatura]
 ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

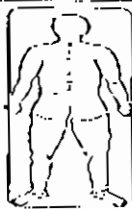
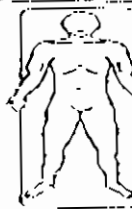
NOITE	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	NOITE	ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM
DATA	HORA	DATA	HORA

Paciente na baixa contendo multa
 por não comparecimento ao trabalho
 em 05/05/2023.

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LETO: 329

Data da Realização
Fevereiro 2015

Nome: João Teodoro dos Santos	
DATA: 04/01/15	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	 
Pressão: <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III - <input type="checkbox"/> IV: Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Queimadura	Pressão: <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III - <input type="checkbox"/> 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"/> Queimadura
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm	Profundidade: _____ cm
<input checked="" type="checkbox"/> Tipo de granulação: <input type="checkbox"/> com escabele <input type="checkbox"/> Tipo de necrose: <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Tipo de granulação: <input type="checkbox"/> com escabele <input type="checkbox"/> Tipo de necrose: <input type="checkbox"/> Escara
<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<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
<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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGF <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"/> AGF <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data de Curativo: 04/01/15 Data de Realização da Avaliação: 04/01/15 Local: _____ Nome do Enfermeiro: Valdo Cardoso da Silva Assinatura: _____ Data: 04/01/15	Data de Curativo: _____ Data de Realização da Avaliação: _____ Local: _____ Nome do Enfermeiro: _____ Assinatura: _____ Data: _____
OBS:	

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	13/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				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	SSV + CCGG 6/6 H				Reduzir
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIARIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
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

EXAMES VITAIS	PA	FC	TAX	D
6 H	120/70	95	72-95	+
12 H	150/90	85	36-60	+
18 H	120/80	75	36-60	+
24 H	130/90	78	36-38	+



MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Assoc. Entomologia
Roraima 081 000.457.009 AF

Dr. Pedro Di G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MR 1615

1.44 mg/dl
DAT = 225 mg/dl
241 mg/dl

Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Última Atualização: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2013		
	ENF/LEITO: 329		

Paciente: João Teodoro dos Santos Data: 05/04/19			
Localização / Região: 		Localização / Região: 	
Pressão I - II - III - IV: Venosa / Arterial / Dialética Neuropática / Cirúrgica / Trauma / Outra: <u>Outra</u> Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <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 checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Pressão I - II - III - IV: Venosa / Arterial / Dialética Neuropática / Cirúrgica / Trauma / Outra: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <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 <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Atenção: 10:00 <input type="checkbox"/> Tarde 06/04/19 01- Valdo Cardoso do Silva 02- Assessor Gerencial COREN-RR 403547		Manhã <input type="checkbox"/> Tarde 01- 02-	
Observações:			


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

NOME: Sofia Juliana dos Santos HD Profª da Universidade
 DATA: 05/04/18 SEXO: M () F () IDADE: 39 PISO: 3º KG: 55 LENTO: 39 ALÉRGICO: —

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA			() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: <u>05/04/18</u>					() TRCA GASTRO PREJUDICADA		() MANTER MONITORIAÇÃO	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()	DATA: <u>05/04/18</u>					() INANISIDADE		() MANTER CABECEIRA ELEVADA	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)	DATA: <u>05/04/18</u>					() MEDO		() ASPIRAR VIAS TQT	
DRENOS? SIM (X) NÃO ()	QUAL? <u>—</u>					() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS	
1-FEIMATO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO						DESEQUILIBRADA		() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>—</u>						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						TERAPÊUTICO		() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>—</u> H	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u>CONSCIENTE</u> () INCONSCIENTE () SEDADO () ALÉRGICO () COMATOSO () DESORIENTADO						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIOCLÁTICAS						() FADIGA		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
ACUIDADE VISUAL: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDA						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <u>PÉRVIAS</u> () OBSTRUÍDAS						() RISCO PARA Quedas		() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL	
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA						() AUTOSTÍMIA PERTURBADA		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	
OBS: <u>—</u>						() DIARREIA		() MANTER JEIUMA PARTIR DAS <u>8</u> H	
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						() CONSTIPAÇÃO		() REALIZAR DEXTRO <u>8</u> HORAS	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO	
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM <u>NÃO</u>						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO		() ORIENTAR AUTOCUIDADO	
FREQUÊNCIA: <u>16</u> () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() REALIZAR BANHO NO LEITO	
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES <u>TOSSE</u> () SECA () EXPECTORAÇÃO						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>—</u> H	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS						() DOR		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS						() HIPOTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM:	
<u>HIDRATADA</u> () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA						() HIPERTERMIA		() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACIDIANÓTICA						() Hipertermia		() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA	
APARELHO CARDIOVASCULAR						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO		() OUTROS	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() DESLITIGADO PREJUDICADO			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDA						() CONFORTO PREJUDICADO			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUORIME						() DENTRO CARDÍACO DIMINUIDO			
PULSO: () NORMOCÁNDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						() OUTROS			
LOCAL DO PULSO: <u>FREQUÊNCIA</u>									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
ABETITE: <u>NORMAL</u> () DIMINUIDO () AUMENTADO									
ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRÍCIO</u> () DESNUTRIDO									
ABDOMEN: <u>FLACIDO</u> () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/ALÍQUOTOS/FEZES/URÍNAS									
<u>NORMAL</u> () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÚRIA									
APARELHO GENITAL/URINÁRIO/UTERUS									

EXERCÍCIO DO ENFERMEIRO		ATIVIDADE DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA: : </p> <p>NOTA: </p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA: : </p> <p>NOTA: </p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA: : </p> <p>NOTA: </p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA: : </p> <p>NOTA: </p>

8K

 <p>GOVERNO DE RORAIMA 11 de Abril de 1988</p>						<p>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</p> <p>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC</p>						<p>HC</p>	
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		14/3/2019			
ITEM		PRESCRIÇÃO								HORÁRIO			
1		DIETA ORAL PARA DM E HAS								5am			
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								manhã			
3		CEFEPIME 1G EV 8/8H								suspense			
4		TILATIL 20MG EV 12/12H								SUSPENSO			
5		DIPIRONA 1G EV 6/8H SN								SN			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT								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								Ratino			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM								SN			
14		CURATIVO DIARIO								m			
15		DEXTRO 8/8HS								14/3/2019			
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 1028/RR

SINAIS VITAIS				D E	
6 H	120x70	80	36.8°C		
12 H	140x90	82	37.7°C	+	+
18 H					
24 H	110x70	88	36.8°C		

34 HS DEXTRO 145 mg/dl
24 HS DEXT 107 mg/dl

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

NOME: João Frederico dos Santos

HO

DATA: 06/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LFTO

389

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESIONES				DIAGNÓSTICO				PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS															

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

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

SONDA VESICAL SIM () NÃO ()	DATA	DATA													
-------------------------------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	DATA	DATA													
------------------------------------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA	DATA													
------------------------------------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DRENOS: SIM () NÃO ()	QUAL?														
-------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES															
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2- ACUMULAÇÃO 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 () COMATOZO () DESORIENTADO															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIAS AERÉAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBSTÁCULO: () NÃO () SIM															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOXINAS E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO															
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

FREQUÊNCIA: () CUMPRIDA () TAQUICARDICA () BRADICARDICA () DISPNÓICA															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

TOSSES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUIDOS ACOUSTICOS: () AUSENTES () PRESENTES															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ESPIROS: () PRESENTES () AUSENTES															
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:															
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPERCORADA () PALEA () AUREOLADA () ICTERICIA															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

() CLAVICULAR () ACROMIOCLAVICULAR () ESCÁPULOCLAVICULAR () HÍPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTENSÃO () HIPERTENSÃO															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR															
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL															
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA															
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA															
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-6 73 36 954" data-label="Table">

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS															
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS		
----------------------------	--	--

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

DATA

HORA

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

DATA

HORA

Ref. Xuxa, Gisele, Lúcia, Zuleide, Sueli
& o restante, a seguir as crianças
do grupo.

Ass. E. Carimbo
Téc. Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA

HORA

TARDE

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA

HORA

NOITE

DATA


HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Paciente em repouso, deita livre-
mente.

Ass. E. Carimbo
Téc. Enfermagem

329

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC						HC
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	15/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspensão
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 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	SSV + CCGG 6/6 H					Redução
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	DEXTRO 8/8HS					06
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					

* Paciente com epistaxe de 157 mg/dl de hemoglobina. O paciente está com fratura de tornozelo esquerdo.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

João Teodoro dos Santos 157 mg/dl de hemoglobina

	PA	FC	T	D	E	Prescrição
SINAIS VITAIS						
6 H	120x80	72	36,7	+	+	8,2 mg/dl
12 H	140x90	93	37,0	+	+	
18 H	130x90	80	36,5	+	+	
24 H	130x80	76	36,1	+	-	

Narciso Carlos Calypso
 Alca. Enfermagem
 Correl-RR 000457.000AE

Medicamento: 8,2 mg/dl
 Paciente está com fratura de tornozelo esquerdo.

Curativo 283

Curativo 283



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

NOME: Thiago Rodolfo dos Santos HO: 22/04/19
DATA: 02/04/19 SEXO: M IDADE: 18 PESO: 62,5 KG. LETO: 325 • ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas Permeáveis	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		<input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H	
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA		<input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	DATA		<input type="checkbox"/> ANSIEDADE		<input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA ____	
SONDA NASCENTERAL: SIM () NÃO () DATA: ____					<input type="checkbox"/> MEDO		<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TUT ____	
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? ____					<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO		<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					<input type="checkbox"/> DESOQUILIBRADA		<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA	
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: ____ GRAU () GRAU II () GRAU III					<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> MANter ACESSOS VENOSOS PERÍVIO	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					<input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO					<input type="checkbox"/> AÉREAS		<input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA					<input type="checkbox"/> FADIGA		<input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA					<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS					<input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas		<input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL	
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA	
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					<input type="checkbox"/> AUTOESTIMIA PERTURBADA		<input type="checkbox"/> MANter JEJUM A PARTIR DAS ____ H	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					<input type="checkbox"/> DIAPHRAGMA		<input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS	
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO					<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO		<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERGÃO	
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO					<input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		<input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO	
MÚSCULOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO ____					<input type="checkbox"/> DÉFICIT DO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS					<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:					<input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					<input type="checkbox"/> DOR		<input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: ____	
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA					<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA		<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA		<input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
APARELHO CARDIOVASCULAR					<input type="checkbox"/> INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADES FÍSICAS	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					<input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO			
PERUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA					<input type="checkbox"/> REGULAÇÃO PREJUDICADA			
PULSO: () PERIFÉRICO () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME					<input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO			
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA: ____					<input type="checkbox"/> DIFÍCIL CAPTAÇÃO DO RUÍDO			
APARELHO GASTROINTESTINAL					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO			
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO			
R.M.A. () ASSENTES () PRESENTES					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO			
ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () RÍGIDO () VIG. PALPÁVEL					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO			
ELIMINAÇÃO: () NORMAL () ANORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () HEMATÚRIA					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO			
APARELHO RENAL: () NORMAL () ANORMAL					<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO			

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ	DATA	HORA	MANHÃ	DATA	HORA
<p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>			<p>paciente no bloco com orelha direita no mo no mento S/ queixas no mo mento S/ queixas S/ queixas. no Evacuou a E a mo mento S/ aceto. venoso. segue aus ouvidos</p> <p>Equipe liderança da Silva Rocha</p> <p>Téc. Enfermagem</p> <p>COREN-RN 551 943</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>		
<p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>			<p>pac. no monitor m</p> <p>haver queixas</p> <p>Ara Paes</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>		
<p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>			<p>Sua intervenção</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: :</p>		

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	16/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
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 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				OG
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Polino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				AT
15	DEXTRO 8/8HS				17:20
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: 8UI; 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. Elton Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1228/RR

	PA	FC	Temp	D	F
SINAIS VITAIS					
6 H	124x80	72	36,3	+	sem
12 H					
18 H	100x80	80	36,3	+	+
24 H	102x80	78	36,3	+	+

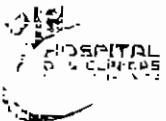
14h DXT = 250 mg/dl - Recurso correção de I.R.

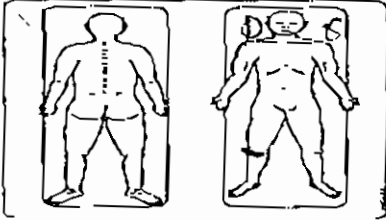
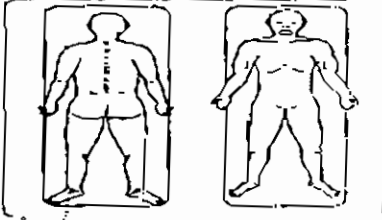
22h 142 mg/dl

06h 93 mg/dl

sem febre
sem tosse

8

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

Nome: <u>Sr. Teodoro dos Santos</u>			
DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma outra: _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo do exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo do exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Olor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Olor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Redução da pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor		Redução da pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
Tratamento para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Tratamento para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária <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: _____		Cobertura primária <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: _____	
Freq. do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Freq. do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e Ass. do Enfermeiro		Carimbo e Ass. do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São João 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: Sônia Roberto dos Santos HO _____

DATA: 08/04/13 SEXO: (F) F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 323 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS								
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA					
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA					
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA:	DATA:					
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X)	NÃO ()	DATA:					
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)					DATA: _____			
DRENOS? SIM (X) NÃO () QUAL? _____					DATA: _____			
IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES								
1- PERIMÉNTRO 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 FÍSTICO/ 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								
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS								
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA								
OBS: _____								
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO								
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO								
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO								
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO								
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES								
TOSSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO								
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS								
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:								
(X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA								
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA								
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMIKA () HIPERTERMIKA () HIPOTERMIKA								
APARELHO CARDIOVASCULAR								
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()								
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA								
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME								
PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍCO () BRADICARDÍCO () AUSENTE								
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____								
APARELHO GASTROINTESTINAL								
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () ALIMENTADO								
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO								
RUA: () AUSENTES () PRESENTES								
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () DUREZA () VING. PA. PAV.								
HEPATOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTE								
ESPLINOMEGALIA: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								
ABDOMEN: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS SUPERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
MEMBROS INFERIORES: () AUSENTE () PRESENTE								
DIARRÉIA: () AUSENTE () PRESENTE								
HEMÓRRIA: () AUSENTE () PRESENTE								
PRURIDO: () AUSENTE () PRESENTE								
DIÁFRAGMA: () AUSENTE () PRESENTE								
TÓRAX: () AUSENTE () PRESENTE								

IV - TÃO II DO ENFERMEIRO
MANHÃ: DATA 02/04/2014 HORA 11h

Paciente acordou com muito alívio
na dor, melhorou a urina, com
resposta, observando bem a pele
fisiológica, observando a pele
da região. Sem desconfortos.

TARDE: ASS. E CARIÍDO - ENFERMEIRO:
DATA 02/04/2014 HORA 14h

ANEXO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA 02/04/2014 HORA 11h

Paciente no leito com curativos
SIVUS. Observando a urina, a
resposta da enfermagem.

TARDE: ASS. E CARIÍDO - TEC ENFERMAGEM:
DATA 02/04/2014 HORA 14h

~~Dem. Intelectual~~

NOTE: ASS. E CARIÍDO - TEC ENFERMAGEM:
DATA 02/04/2014 HORA 14h

Realizado os curativos de enfermagem
na pele.

ASS. E CARIÍDO - TEC ENFERMAGEM:
DATA 02/04/2014 HORA 14h

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	17/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H 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				DB
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				AT
15	DEXTRO 8/8HS				20.05
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, OLICOSE 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	ta	D	G	16:00h
6 H	34x90	70	36.0	+ -
12 H	34x66	90	36.5	+ +
18 H	ausente ao leito			
24 H	34x80	85	36.5	+ -

de dextro 303 mg/dl
ausente

22h
DXT= 361 mg/dl
OBA DEXTRO 120 mg/dl

HD

- **ALERGICO ?**

[illegible]

[illegible]

329



HOSPITAL DE RORAIMA
Hospital de Roraima

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	18/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SAU
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
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 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SAU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SAU
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SAU
14	CURATIVO DIARIO				SAU
15	DEXTRO 8/8HS				SAU
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SAU
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:

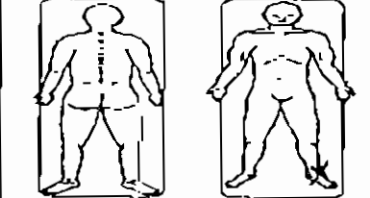
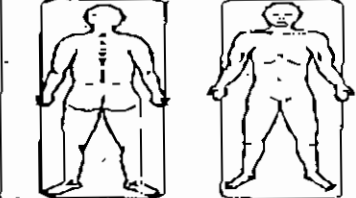
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS; FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1226/RR

SINAIS VITAIS	PA	P.C	FR	TAX	D	F
6 H	124x81	87	18	36	+	+
12 H	120x80	85	17	36	+	+
18 H	120x80	80	36	2	+	+
24 H	120x83	84	36	2	+	+

18h Dextro 129 mg/dl
22h Dextro = 186 mg/dl

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

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 10/04/19 <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 checked="" 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 do 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 do exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<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	11/04/19		
Ornamento e ass. féc. em Enfermagem	Valda, Carlos da Silva Enfermeiro COREN - RJ 000403547	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: DOUGLAS DE SOUZA

HO

DATA: 30/04/13 SEXO: M () F IDADE

PESO 72,9 KG.

LEITO 329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:
DRENOS? SIM () NÃO ()		QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() MANUSEIO
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPIA INEFICAZ
() Desequilíbrio
() INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA
ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBTURADAS
HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMATURAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

TORAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: 12 () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERIORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS:

() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA
OBS:

() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FALSO
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ALHA: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLACUO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VAG PALPÁVEL
ELIMINAÇÃO: () NORMAL () ANORMAL () CONSTIPADO () DIARREIA

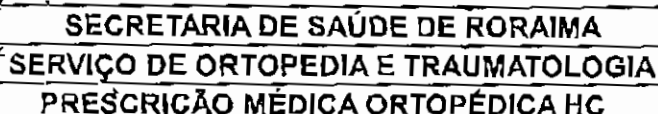
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

APARELHO GENITURINÁRIO / GINECOLOGIA

() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() CEFALO CAROTÍDEO PREJUDICADO
() OUTROS

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CECÍLIA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Náuseas e Vômitos
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR CISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() REALIZAR BANHO DE ASPERSSÃO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H
() PREPARAR PARA EXAMES EM H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS



HC

329

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Handwritten signature]

SINAIS VITAIS	P.A	EC	F.R	TAX	D	E
6 H	41x76	84		55%		
12 H	40x92	73	17%	68%	+	+
18 H	30x80	70		37%	+	+
24 H	120x70	60	19	36%	+	+

2704 DESTROY 82 mgld
152 mgld
150 mgld

1. ~~SECRET~~
 2. ~~SECRET~~
 3. ~~SECRET~~
 4. ~~SECRET~~
 5. ~~SECRET~~
 6. ~~SECRET~~
 7. ~~SECRET~~
 8. ~~SECRET~~
 9. ~~SECRET~~
 10. ~~SECRET~~
 11. ~~SECRET~~
 12. ~~SECRET~~
 13. ~~SECRET~~
 14. ~~SECRET~~
 15. ~~SECRET~~
 16. ~~SECRET~~
 17. ~~SECRET~~
 18. ~~SECRET~~
 19. ~~SECRET~~
 20. ~~SECRET~~
 21. ~~SECRET~~
 22. ~~SECRET~~
 23. ~~SECRET~~
 24. ~~SECRET~~
 25. ~~SECRET~~
 26. ~~SECRET~~
 27. ~~SECRET~~
 28. ~~SECRET~~
 29. ~~SECRET~~
 30. ~~SECRET~~
 31. ~~SECRET~~
 32. ~~SECRET~~
 33. ~~SECRET~~
 34. ~~SECRET~~
 35. ~~SECRET~~
 36. ~~SECRET~~
 37. ~~SECRET~~
 38. ~~SECRET~~
 39. ~~SECRET~~
 40. ~~SECRET~~
 41. ~~SECRET~~
 42. ~~SECRET~~
 43. ~~SECRET~~
 44. ~~SECRET~~
 45. ~~SECRET~~
 46. ~~SECRET~~
 47. ~~SECRET~~
 48. ~~SECRET~~
 49. ~~SECRET~~
 50. ~~SECRET~~
 51. ~~SECRET~~
 52. ~~SECRET~~
 53. ~~SECRET~~
 54. ~~SECRET~~
 55. ~~SECRET~~
 56. ~~SECRET~~
 57. ~~SECRET~~
 58. ~~SECRET~~
 59. ~~SECRET~~
 60. ~~SECRET~~
 61. ~~SECRET~~
 62. ~~SECRET~~
 63. ~~SECRET~~
 64. ~~SECRET~~
 65. ~~SECRET~~
 66. ~~SECRET~~
 67. ~~SECRET~~
 68. ~~SECRET~~
 69. ~~SECRET~~
 70. ~~SECRET~~
 71. ~~SECRET~~
 72. ~~SECRET~~
 73. ~~SECRET~~
 74. ~~SECRET~~
 75. ~~SECRET~~
 76. ~~SECRET~~
 77. ~~SECRET~~
 78. ~~SECRET~~
 79. ~~SECRET~~
 80. ~~SECRET~~
 81. ~~SECRET~~
 82. ~~SECRET~~
 83. ~~SECRET~~
 84. ~~SECRET~~
 85. ~~SECRET~~
 86. ~~SECRET~~
 87. ~~SECRET~~
 88. ~~SECRET~~
 89. ~~SECRET~~
 90. ~~SECRET~~
 91. ~~SECRET~~
 92. ~~SECRET~~
 93. ~~SECRET~~
 94. ~~SECRET~~
 95. ~~SECRET~~
 96. ~~SECRET~~
 97. ~~SECRET~~
 98. ~~SECRET~~
 99. ~~SECRET~~
 100. ~~SECRET~~
 101. ~~SECRET~~
 102. ~~SECRET~~
 103. ~~SECRET~~
 104. ~~SECRET~~
 105. ~~SECRET~~
 106. ~~SECRET~~
 107. ~~SECRET~~
 108. ~~SECRET~~
 109. ~~SECRET~~
 110. ~~SECRET~~
 111. ~~SECRET~~
 112. ~~SECRET~~
 113. ~~SECRET~~
 114. ~~SECRET~~
 115. ~~SECRET~~
 116. ~~SECRET~~
 117. ~~SECRET~~
 118. ~~SECRET~~
 119. ~~SECRET~~
 120. ~~SECRET~~
 121. ~~SECRET~~
 122. ~~SECRET~~
 123. ~~SECRET~~
 124. ~~SECRET~~
 125. ~~SECRET~~
 126. ~~SECRET~~
 127. ~~SECRET~~
 128. ~~SECRET~~
 129. ~~SECRET~~
 130. ~~SECRET~~
 131. ~~SECRET~~
 132. ~~SECRET~~
 133. ~~SECRET~~
 134. ~~SECRET~~
 135. ~~SECRET~~
 136. ~~SECRET~~
 137. ~~SECRET~~
 138. ~~SECRET~~
 139. ~~SECRET~~
 140. ~~SECRET~~
 141. ~~SECRET~~
 142. ~~SECRET~~
 143. ~~SECRET~~
 144. ~~SECRET~~
 145. ~~SECRET~~
 146. ~~SECRET~~
 147. ~~SECRET~~
 148. ~~SECRET~~
 149. ~~SECRET~~
 150. ~~SECRET~~
 151. ~~SECRET~~
 152. ~~SECRET~~
 153. ~~SECRET~~
 154. ~~SECRET~~
 155. ~~SECRET~~
 156. ~~SECRET~~
 157. ~~SECRET~~
 158. ~~SECRET~~
 159. ~~SECRET~~
 160. ~~SECRET~~
 161. ~~SECRET~~
 162. ~~SECRET~~
 163. ~~SECRET~~
 164. ~~SECRET~~
 165. ~~SECRET~~
 166. ~~SECRET~~
 167. ~~SECRET~~
 168. ~~SECRET~~
 169. ~~SECRET~~
 170. ~~SECRET~~
 171. ~~SECRET~~
 172. ~~SECRET~~
 173. ~~SECRET~~
 174. ~~SECRET~~
 175. ~~SECRET~~
 176. ~~SECRET~~
 177. ~~SECRET~~
 178. ~~SECRET~~
 179. ~~SECRET~~
 180. ~~SECRET~~
 181. ~~SECRET~~
 182. ~~SECRET~~
 183. ~~SECRET~~
 184. ~~SECRET~~
 185. ~~SECRET~~
 186. ~~SECRET~~
 187. ~~SECRET~~
 188. ~~SECRET~~
 189. ~~SECRET~~
 190. ~~SECRET~~
 191. ~~SECRET~~
 192. ~~SECRET~~
 193. ~~SECRET~~
 194. ~~SECRET~~
 195. ~~SECRET~~
 196. ~~SECRET~~
 197. ~~SECRET~~
 198. ~~SECRET~~
 199. ~~SECRET~~
 200. ~~SECRET~~
 201. ~~SECRET~~
 202. ~~SECRET~~
 203. ~~SECRET~~
 204. ~~SECRET~~
 205. ~~SECRET~~
 206. ~~SECRET~~
 207. ~~SECRET~~
 208. ~~SECRET~~
 209. ~~SECRET~~
 210. ~~SECRET~~
 211. ~~SECRET~~
 212. ~~SECRET~~
 213. ~~SECRET~~
 214. ~~SECRET~~
 215. ~~SECRET~~
 216. ~~SECRET~~
 217. ~~SECRET~~
 218. ~~SECRET~~
 219. ~~SECRET~~
 220. ~~SECRET~~
 221. ~~SECRET~~
 222. ~~SECRET~~
 223. ~~SECRET~~
 224. ~~SECRET~~
 225. ~~SECRET~~
 226. ~~SECRET~~
 227. ~~SECRET~~
 228. ~~SECRET~~
 229. ~~SECRET~~
 230. ~~SECRET~~
 231. ~~SECRET~~
 232. ~~SECRET~~
 233. ~~SECRET~~
 234. ~~SECRET~~
 235. ~~SECRET~~
 236. ~~SECRET~~
 237. ~~SECRET~~
 238. ~~SECRET~~
 239. ~~SECRET~~
 240. ~~SECRET~~
 241. ~~SECRET~~
 242. ~~SECRET~~
 243. ~~SECRET~~
 244. ~~SECRET~~
 245. ~~SECRET~~
 246. ~~SECRET~~
 247. ~~SECRET~~
 248. ~~SECRET~~
 249. ~~SECRET~~
 250. ~~SECRET~~
 251. ~~SECRET~~
 252. ~~SECRET~~
 253. ~~SECRET~~
 254. ~~SECRET~~
 255. ~~SECRET~~
 256. ~~SECRET~~
 257. ~~SECRET~~
 258. ~~SECRET~~
 259. ~~SECRET~~
 260. ~~SECRET~~
 261. ~~SECRET~~
 262. ~~SECRET~~
 263.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

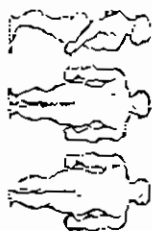
NOME: Sofia Roberto da Silva HD 379 ALERGICO?

DATA: 11/04/13 SEXO: M () F IDADE: PESO: KG. LETO: 379

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)			DATA: <u></u>
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()			DATA: <u></u>
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)			DATA: <u></u>
DRENOS? SIM () NÃO (X)		QUAL?	DATA: <u></u>



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>60/60</u> H
() MEDO	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() DESQUILIBRADA	() ASPIRAR VAS /TOT
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> L / <u>24</u> H
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS <u>18</u> H
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() REALIZAR DEXTRO <u>1</u> / <u>2</u> HORAS
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> / <u>2</u> H
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() ESTIMULAR DEAMULAÇÃO
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() CONSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() RISCO PARA LESÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() OU: SÓ

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- 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 () COMATOZO () DESORIENTADO

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

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚNIMOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE

TOSSES: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTÉTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMINICA () HIPERTERMINICA () HIPOTERMINICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINuíDA

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

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

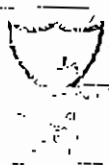
ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () DESNUTRIDO

NUTRICIONAIS: () PRESENTES () AUSENTES () FLACIDO () DISTENDIDO () TENDIDO () AGILIZADO () VOMITIVO PALAVEL

GLÂNDULAS SALIVARES: NORMAIS () DIMINuíDAS () AUMENTADAS () INFLAMADAS

AVESICULAS GÁSTRICAS: NORMAIS () DIMINuíDAS () AUMENTADAS () INFLAMADAS

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				
ALERGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	20/3/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					monte
CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspense
TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INT					SN
PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					ok
SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
SSVV + CCGG 6/6 H					Rolma
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM					SN
CURATIVO DIARIO					4x1
DEXTRO 8/8HS					1x1
AMITRIPIILINA 25MG VO À NOITE					2x1
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR -					
(SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300:					
4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E QU					
GLICOSE ≤ 70 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV +					
AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
DEFEICIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE,
DIARREIA. EUPNEICO, LOTL, BFG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. [Signature]
[Stamp]

SINAIS VITAIS PA	FC	FR	TAX	Q	E
6 H	100	20	20	+	+
12 H	100	20	20	+	+
18 H	100	20	20	+	+
24 H	100	20	20	+	+

10 HS Dextro 125 mg
124 mg/kg
124 mg/kg



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Roberto dos Santos ID: 329
DATA: 28/04/20 SEXO: DM () F IDADE: 32 ANOS PESO: 72 KG. LITO: 32 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:

PRENOS? SIM () NÃO () QUAL?



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASCOA 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

() 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

() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA

() CONSCIENTE PREJUDICADO

() CUIDADO COM O CUIDADO DEBILITADO

() OUTROS

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / / H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABEÇEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() ATENTAR PARA QUEIMAS ÁGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

EUMINÁCIAS.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

() MANter JEJUN, A PARTIR DAS: H

() REALIZAR DEXTRO / HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSEÃO

() 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

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	
<p>NOTA: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>NOTA: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>23:30 Paciente em internação em UTI. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas.</p>		<p>Realizado SSVV. Sp. queixas atuais: segue com cuidados de enfermeiro.</p> <p>Ass. E Carimbo: [Assinatura] 12/04/2023</p> <p>Téc. Enfermagem: [Assinatura] 12/04/2023</p>	
<p>NOTA: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>NOTA: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>23:30 Paciente em internação em UTI. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas.</p>		<p>Paciente em internação em UTI. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas. Realizou exame físico. Aferiu: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. Paciente está bem, sem queixas.</p>	



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
NOSSA	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA	21/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DILTA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				monte
3	CEFCPIME 1G EV 8/8H				suspensc
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 03 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				do
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratona
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SN
12	CURATIVO DIARIO				AMITRIPTILINA
13	IDEXTRO 8/8HS				AMITRIPTILINA
14	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE				AMITRIPTILINA
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				

AMITRIPTILINA
AMITRIPTILINA
AMITRIPTILINA

COLIÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	EC	F.R	TAX	D	F
6 H	128x82	74			+	+
12 H	110x72	87		36/63	+	+
18 H	100x60	85		36/34	+	-
24 H	100x60	81			+	-

Dr. João Teodoro Santos
Ortopedista
CRM 123456 TE

Dr. João Teodoro Santos
Ortopedista
CRM 123456 TE

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

NOME:

Yvone Trindade

HO

DATA:

12/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

350

ALÉRGICO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA RESPIRADORIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> RISCO GÁSOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEIO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> DESQUILIBRADA <input 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 type="checkbox"/> RISCO PARA QUEDAS <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOGESTIMIA 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 <input type="checkbox"/> PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> POOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTERFERÊNCIA DA PILE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DESIGUALDAD DE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> TROMBOSE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> GASTRO CARDIAC DILAT		<input type="checkbox"/> MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS/TOX <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H <input 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANUTER JEIUM A PARTIR DAS ____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPENÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____/____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM ____ <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> CUIDADOS	

CATETER CENTRAL		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

CATETER PERIFÉRICO		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

SONDA VESICAL		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

SONDA NASOGÁSTRICA		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

SONDA NASOENTERAL		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

DRENOS		DATA	
SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III	

CABEÇA/PESSOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO	

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA	

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUIDAS	

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA	
OBS:	

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO	
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO	

MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS	

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS	
() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA	

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () PÉRCURANÓTICA	
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA	

APARELHO CARDIOVASCULAR	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()	

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FIOFÓRICO	

-1 65 26 944" data-label="Form">

PULSO () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE	
LOCAL DO PULSO:	

-3 65 28 944" data-label="Form">

APARELHO GASTROINTESTINAL	
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO	

-5 65 30 944" data-label="Form">

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO	
REFEIÇÕES: () ADEQUADAS () INADEQUADAS () AUMENTADAS () DIMINUÍDAS () ATRASADAS () PASSELE	

-7 65 32 944" data-label="Form">

ABDOMEN: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO	
ABDOMEN: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO () PASSELE	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA

18/11/2014 - Paciente em estado de saúde satisfatório. Nenhum sintoma.

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

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

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

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 13/04/19	Localização / Região		DATA:
GRAU - I			GRAU - I
GRAU - II			GRAU - II
Localização	<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 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
Comprimento	cm		cm
Profundidade	cm		cm
Características da ferida	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
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
Coloração da pele e lesões	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Tratamento tópico	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro
Medicamentos sistêmicos	<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
Medicamentos sistêmicos	<input checked="" type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Trocar		<input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Trocar
Próximo encaminhamento	André Gomes Gonzaga Enfermeiro 01-09-2019 08:30:05		01-09-2019 08:30:05
Assinatura do Enfermeiro			
Assinatura do Médico			
OBS:			

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 TORNZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	22/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFFEPIME 1G EV 8/8H				suspensa
4	TILATIL 90MG 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 IN				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				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
16	DEXTRO 8/8HS				SN
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
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 F OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

VITAIS	PA	FC	TAX	O	E
6 H	111/85	80	35.2	1	8
12 H	130/80	77	36.6	+	+
18 H					
24 H	130/90	73	36	+	-

Medic 65 ml/dia

Dr. João D. Caldeira



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Yara do Socorro dos Santos HD

DATA: 21/02/2018 SEXO: FM IDADE PESO KG. LETO 303 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		() TROMBA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:			() ANSIEDADE	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:			() MEDO	() MANTER CABEÇA ELEVADA <u> </u>
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA:		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ASPIRAR VIAS TOT <u> </u>	
DRENOSES	SIM () NÃO ()	QUAL?		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:					() RISCO PARA QUEBRAS	() ATENTAR PARA QUEBRAS ALGICAS
1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO					() DESQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u>					() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA					() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO					() OSOOSTRUTÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIOCLÁTICA					() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉRCARIA					() RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RÍSTUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS: <u> </u>					() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					() DIARRÉIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					() CONSTIPAÇÃO	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> H
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO					() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS
FREQÜÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO					() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
MÚRMUROS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO <u> </u>					() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTIÇOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LETO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:					() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u> </u> H
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA					() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR					() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR CIRCULACAO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA					() CÂNGIATO PREJUDICADO	() CURIOS
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					() CÉLITO CANGIACAO DIMINUICAO	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						
LOCAL DO PULSO: <u> </u>						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO						
R.H.A () AUSENTES () PRESENTES						
ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL						
TUMORES/ NÚLUSOS/ CISTOS/ QUISTOS: <u> </u>						
TUBOS: () NORMAL () DUREZA () VESTIBULACAO () MELENA						
APARELHO GENITOURINÁRIO/ GINECOLOGIA						

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>15/04/2014</p> <p>Enfermeiro</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>15/04/2014</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>NOTES: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>NOTES: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>Paciente apresenta alteração de nível de consciência, com quadro de agitação e confusão mental.</p> <p>Enfermeiro</p> <p>15/04/2014</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Paciente apresenta alteração de nível de consciência, com quadro de agitação e confusão mental.</p> <p>Enfermeiro</p> <p>15/04/2014</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	



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 TORNZELO ESQUERDO				
PROFISSÃO	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	23/3/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
DIETIA ORAL PARA DM E HAS					SN
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manh
CETEPIME 1G EV 8/8H					suspensa
TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
DIPIRONA 1G EV 8/8H SN					SN
FRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR IN					SN
PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					OK
SIMFTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
SSVV + CCGG 6/6 H					Relat
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M					SN
CURATIVO DIÁRIO					M
DIFEXTRO 8/8HS					14/21/26
AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE					20/21/26
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 DIETIA ORAL. MELHORIA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRI, TOSSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

ANÁLISES VITAIS	FC	TAX	FR	Dieta
6 H	120x80	9.4	36.8%	18
12 H	130x90	8.7	5.1%	20
18 H	150x90	7.7	5.1%	19
24 H	150x80	7.0	5.8%	20

Neide V. Alves dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 603.354/E

Leopoldina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

01160183


As 14 153 mg/dL

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

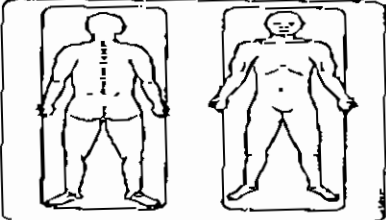
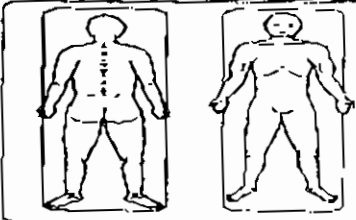
NOME: Sofia Soraia dos Santos ID: 395

DATA: 26/04/18 SEXO: F IDADE: 39 PESO: 50 KG. LETO: 395 ALÉRGICO? NÃO

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> <tr> <td>SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()</td> <td></td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()</td> <td></td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()</td> <td></td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> </tr> <tr> <td>DRENOS? SIM () NÃO ()</td> <td></td> <td>QUAL?</td> <td></td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:	SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:	SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:	DRENOS? SIM () NÃO ()		QUAL?				RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () TRANSIÊNCIA () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TOT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () TENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u>12</u> H () REALIZAR DEXTRO <u>1</u> / <u>1</u> HORAS () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. () OUTROS	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																														
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																														
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:																														
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:																														
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	DATA:																														
DRENOS? SIM () NÃO ()		QUAL?																															
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III</u>				NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA VAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PREJUZADA OBS:		TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUIDO FREQUÊNCIA: () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () DISPNEICO MUDANÇAS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE TOSSE: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS		CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS: () HIPERTERMIA () HIPOTERMIA () EDEMA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA																									
APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUIDO PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSENTE LOCAL DO PULSO:				APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VUVA PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/ILUVIENOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () ÚLTRA () COM PAÇO () MIBELIA		APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VUVA PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/ILUVIENOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () ÚLTRA () COM PAÇO () MIBELIA																											

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

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>15/04/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<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	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
De:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Olor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele 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: _____	<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 checked="" 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: _____	<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: _____	<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: _____
Dura do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>16/04/19</u>		
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Valdo</u>	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
ONS:	ONS:		

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

320

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 TORNZELO ESQUERDO							
FEÍLIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
SAO		LEITO	329	DATA	24/3/2019			
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			
DIETA ORAL PARA DM E LIAS					SND			
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Manten			
CLFFPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO			
TIATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO			
DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN			
TRAMA 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENS					SN			
PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN			
OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					(06)			
SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN			
SS/VV + CCGG 6/6 H					Rotina			
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN			
CURATIVO DIÁRIO								
DEXTRO 8/8HS					14-02-08			
AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE					200			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 8UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE: ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLAN FONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUILIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. TUBERÍFICO, LOT,

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

6.3 mg/dL

DATA	PA	FC	FR	T	DE
6 H	115/80	71	20	31.7	+ 0
12 H	133/85	88	18	36.6	
18 H	para o leito				
24 H					

Foralinda da Silva Rocha
Médica Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 551.943

14/3 -> Dextro 2.55 mg/dL
14/3 -> Dextro 2.55 mg/dL
14/3 -> Dextro 2.55 mg/dL

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

NOME: SPAO, Tadeo do Santos HD

DATA: 29/05/19 SEXO: () M () F IDADE: 329 PESO: 70 KG. LEITO: 329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS							
CÂTER CENTRAL		SIM () NÃO () LOCAL DATA		RISCO DE INFECÇÃO		MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
CÂTER PERIFÉRICO		SIM () NÃO () LOCAL DATA		PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		MANTER CUIDADOS COM VIAS	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA:				INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		VERIFICAR SINAIS VITAIS DE	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:				FOCA GASOSA PREJUDICADA		MANTER MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA:				ANSIEDADE		MANTER CABECEIRA ELEVADA	
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?				MEDO		ASPIRAR VIAS /TGT	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				ENFRENTAMENTO INEFICAZ		VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
1. FERIMENTO 2. ADRÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO				RISCO PARA NUTRIÇÃO		ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS	
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III				DESEQUILIBRADA		ATENDIMENTO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				RISCO PARA HIGIENE		OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIÓDRÁTICAS				TERAPEÚTICO		REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
OBS:				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
() HIPOTÉRMICA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBRIZADA () ICTÉRICA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
() CIANÓTICA () ACANOTICA () PASCIOCIANÓTICA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
APARELHO CARDIOVASCULAR				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
PULSO PERIFÉRICO: () PLÁTICO () PARADO () FILIFORME				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
APARELHO GASTROINTESTINAL				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	
ABSCITE () PROPRIO () ALHEIO () TUBERCULOSO () FÍSTULA () ALHEIA ()				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR	

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGULIN

10ME

HO

DATA:

SEXO: (M) (F) BLOCO:

6509

ÁREA DE CUIDADO		GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
	4	3	2	1	SOMATÓRIO	
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	11	
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio	11	
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 3 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle de rotina (intervalos de 6 horas)	11	
Mobilidade	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	22	
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:						

Classificação:

Assinatura e carimbo do profissional:

Enfermeiro
Mec 731 COREN - AM

Complexidade Assistencial Pontuação

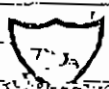
Enfermeiro

Ação de 31

Nº de pontos

21

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	25/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PLURIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				suspense
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 INICEN				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				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				12h 2h 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				02h
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. EUPNÉICO, L.C. REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Dextro
6 H	138x76	65	36	+	+	62mg/dl
12 H	130x80	76	36.7	+	+	62mg/dl
18 H	130x80	74	36.2	+	+	62mg/dl
24 H	130x70	83	36.9	+	+	62mg/dl

16.2h Dextro 540 mg/dl

CONTROLE DE CATELÊRES E SONDAS				EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATELÊR CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA					() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TOCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () Desequilíbrio () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBRSTRUÇÃO 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 BRÔNCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGRADADO PREJUDICADO () CONFORTE PREJUDICADO () Degradação do Conforto () OUTROS		() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA ____ () ASPIRAR VIAS /TQT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERDAÇÃO PERIFÉRICA () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE ____ H () OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS ____ H () REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERGÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES: EMI () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE () ESTIMULAR DEAMBULÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS	
CATELÊR PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA								
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: ____										
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: ____										
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA: ____										
DRENOS: SIM () NÃO ()	QUAL? ____										
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:											
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO											
LOCURA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: ____											
CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA											
NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO											
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA											
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA											
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS											
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA											
OBS: ____											
TÓRAX: PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO											
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO											
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO											
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO											
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES - TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO											
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍDCOS () ESTERIORES () SIBLOS											
CIRCULAÇÃO/ COR, DA PELE/ MUCOSAS											
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () GELADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA											
() CIANÓTICA () ACARÓTICA () JACROCIANÓTICA											
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÊMICA () HIPERTÊMICA () HIPOTÊMICA											
APARELHO CARDIOVASCULAR											
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()											
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA											
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () TELICÓRDE											
PULSO: () NORMAL () FRACO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE											
LOCAL DO PULSO: ____											
APARELHO GASTROINTESTINAL											
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO											
ERGA: () AUSENTES () PRESENTES											
ABDOMEN: () FLEXO () RIGIDO () TENSÃO AUMENTADA () VING PALPÁVEL											
ELIMINAÇÕES/ NUTRIÇÃO/ PRODUTOS											
AVATÉLIO GASTROINTESTINAL/ GASTRO											
() ESPONTÂNEO () ESTIMULADO () GASTROSTOMIA () SVO											
() EM VENTILACÃO () EM VENTILACÃO () EM VENTILACÃO () EM VENTILACÃO											

ALTO	34150 TECNICO EN ELECTRICIDAD
DATA	27-08-00
IDEA	22-00

Traveling party
 composed of
 himself & 3 others

CONFIDENTIAL

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM

TARDE: _____ DATA: _____ HORA: _____

[illegible]

ASS. E CARIMBO- TEO ENFERMAGEM

2º. e 3º. ano
 4º. e 5º. ano
 6º. e 7º. ano
 8º. e 9º. ano
 10º. e 11º. ano
 12º. ano

ASSOCIADO - ENFERMEIRO.

ASS. E CARINATI: 125-130-135-140-145-150-155-160-165-170-175-180-185-190-195-200-205-210-215-220-225-230-235-240-245-250-255-260-265-270-275-280-285-290-295-300-305-310-315-320-325-330-335-340-345-350-355-360-365-370-375-380-385-390-395-400-405-410-415-420-425-430-435-440-445-450-455-460-465-470-475-480-485-490-495-500-505-510-515-520-525-530-535-540-545-550-555-560-565-570-575-580-585-590-595-600-605-610-615-620-625-630-635-640-645-650-655-660-665-670-675-680-685-690-695-700-705-710-715-720-725-730-735-740-745-750-755-760-765-770-775-780-785-790-795-800-805-810-815-820-825-830-835-840-845-850-855-860-865-870-875-880-885-890-895-900-905-910-915-920-925-930-935-940-945-950-955-960-965-970-975-980-985-990-995-1000-1005-1010-1015-1020-1025-1030-1035-1040-1045-1050-1055-1060-1065-1070-1075-1080-1085-1090-1095-1100-1105-1110-1115-1120-1125-1130-1135-1140-1145-1150-1155-1160-1165-1170-1175-1180-1185-1190-1195-1200-1205-1210-1215-1220-1225-1230-1235-1240-1245-1250-1255-1260-1265-1270-1275-1280-1285-1290-1295-1300-1305-1310-1315-1320-1325-1330-1335-1340-1345-1350-1355-1360-1365-1370-1375-1380-1385-1390-1395-1400-1405-1410-1415-1420-1425-1430-1435-1440-1445-1450-1455-1460-1465-1470-1475-1480-1485-1490-1495-1500-1505-1510-1515-1520-1525-1530-1535-1540-1545-1550-1555-1560-1565-1570-1575-1580-1585-1590-1595-1600-1605-1610-1615-1620-1625-1630-1635-1640-1645-1650-1655-1660-1665-1670-1675-1680-1685-1690-1695-1700-1705-1710-1715-1720-1725-1730-1735-1740-1745-1750-1755-1760-1765-1770-1775-1780-1785-1790-1795-1800-1805-1810-1815-1820-1825-1830-1835-1840-1845-1850-1855-1860-1865-1870-1875-1880-1885-1890-1895-1900-1905-1910-1915-1920-1925-1930-1935-1940-1945-1950-1955-1960-1965-1970-1975-1980-1985-1990-1995-2000-2005-2010-2015-2020-2025-2030-2035-2040-2045-2050-2055-2060-2065-2070-2075-2080-2085-2090-2095-2100-2105-2110-2115-2120-2125-2130-2135-2140-2145-2150-2155-2160-2165-2170-2175-2180-2185-2190-2195-2200-2205-2210-2215-2220-2225-2230-2235-2240-2245-2250-2255-2260-2265-2270-2275-2280-2285-2290-2295-2300-2305-2310-2315-2320-2325-2330-2335-2340-2345-2350-2355-2360-2365-2370-2375-2380-2385-2390-2395-2400-2405-2410-2415-2420-2425-2430-2435-2440-2445-2450-2455-2460-2465-2470-2475-2480-2485-2490-2495-2500-2505-2510-2515-2520-2525-2530-2535-2540-2545-2550-2555-2560-2565-2570-2575-2580-2585-2590-2595-2600-2605-2610-2615-2620-2625-2630-2635-2640-2645-2650-2655-2660-2665-2670-2675-2680-2685-2690-2695-2700-2705-2710-2715-2720-2725-2730-2735-2740-2745-2750-2755-2760-2765-2770-2775-2780-2785-2790-2795-2800-2805-2810-2815-2820-2825-2830-2835-2840-2845-2850-2855-2860-2865-2870-2875-2880-2885-2890-2895-2900-2905-2910-2915-2920-2925-2930-2935-2940-2945-2950-2955-2960-2965-2970-2975-2980-2985-2990-2995-3000-3005-3010-3015-3020-3025-3030-3035-3040-3045-3050-3055-3060-3065-3070-3075-3080-3085-3090-3095-3100-3105-3110-3115-3120-3125-3130-3135-3140-3145-3150-3155-3160-3165-3170-3175-3180-3185-3190-3195-3200-3205-3210-3215-3220-3225-3230-3235-3240-3245-3250-3255-3260-3265-3270-3275-3280-3285-3290-3295-3300-3305-3310-3315-3320-3325-3330-3335-3340-3345-3350-3355-3360-3365-3370-3375-3380-3385-3390-3395-3400-3405-3410-3415-3420-3425-3430-3435-3440-3445-3450-3455-3460-3465-3470-3475-3480-3485-3490-3495-3500-3505-3510-3515-3520-3525-3530-3535-3540-3545-3550-3555-3560-3565-3570-3575-3580-3585-3590-3595-3600-3605-3610-3615-3620-3625-3630-3635-3640-3645-3650-3655-3660-3665-3670-3675-3680-3685-3690-3695-3700-3705-3710-3715-3720-3725-3730-3735-3740-3745-3750-3755-3760-3765-3770-3775-3780-3785-3790-3795-3800-3805-3810-3815-3820-3825-3830-3835-3840-3845-3850-3855-3860-3865-3870-3875-3880-3885-3890-3895-3900-3905-3910-3915-3920-3925-3930-3935-3940-3945-3950-3955-3960-3965-3970-3975-3980-3985-3990-3995-4000-4005-4010-4015-4020-4025-4030-4035-4040-4045-4050-4055-4060-4065-4070-4075-4080-4085-4090-4095-4100-4105-4110-4115-4120-4125-4130-4135-4140-4145-4150-4155-4160-4165-4170-4175-4180-4185-4190-4195-4200-4205-4210-4215-4220-4225-4230-4235-4240-4245-4250-4255-4260-4265-4270-4275-4280-4285-4290-4295-4300-4305-4310-4315-4320-4325-4330-4335-4340-4345-4350-4355-4360-4365-4370-4375-4380-4



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	26/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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	SSV + CCGG 6/6 H				Platina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				20-24-06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20-NTF
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Indicado para ORTOMANUTENÇÃO

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

SINAIS VITAIS PA	FE	TOX	D	E	DXT	
6 H	100/70	84	36°	+	-	OG
12 H	140x80	73	36,8°	+	+	
18 H						34
24 H	100x70	73	36,5°			22

64 mg/dl

ferro
glicose
cpm
TPO - 000

... com dificuldade acesso venoso!

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

NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS ID: HO 110110-010 110110-010
 DATA: 25/08/19 SEXO: M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 72 KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>_____</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III ()					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALESTA () COMATOSO () DESORIENTADO					
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> SUCRÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA					
OBS: <u>_____</u>					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO					
MÚLTIPLAS RESPIRAÇÕES: () PRESENTES () TOSSES: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO <u>_____</u>					
RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS					
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:					
<input checked="" type="checkbox"/> HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					
() CÍANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: <u>_____</u> FREQUÊNCIA: <u>_____</u>					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
ACIDENTE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO					
RITMO: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MOLE PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: <u>_____</u> () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MÊLENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO:					
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SUP () UMAP () CONCENTRADA					
() MAFÚRIA () EQUÍURICA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA					

DIAGNÓSTICO	PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INEÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA <u>_____</u>
() MEDO	() ASPIRAR VIAS /TQT <u>_____</u>
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
() Desequilibrada	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPIUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE <u>_____</u> H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() DIARRÉIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETÇÃO DA DIETA
() CONSTIPAÇÃO	() MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u>_____</u> H
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u>_____</u> HORAS
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LETO
() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>_____</u> H
() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() CONFORTO PREJUDICADO	() OUTROS <u>_____</u>
() DEBITO CARDÍACO DIMINUIÇÃO	
() OUTROS:	

Paciente estável. Sem sinais vitais alterados. Sem desconfortos. Sem náusea, vômito, febre. Nenhum episódio de dor abdominal. Sem alterações fisiológicas. Normais.

Fica M. B. 10h 15
E. B. 10h 20
C. B. 10h 25

TARDE: DATA: 25/03 HORA: 15h

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

Paciente em estado de bem-estar. Realizado SGL. Paciente com lesão do dia seguinte. Não houve complicações.

Tudo

TARDE: 16h DATA: 25/03 HORA: 18h

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em repouso, sem sinais vitais alterados. Sem desconfortos. Sem náusea, vômito, febre. Nenhum episódio de dor abdominal. Sem alterações fisiológicas. Normais.

Fica M. B. 18h 15
E. B. 18h 20
C. B. 18h 25

NOITE: DATA: 25/03 HORA: 22h

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: 25/03 HORA: 00h

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em estado de bem-estar. Realizado SGL. Paciente com lesão do dia seguinte. Não houve complicações.

Tudo

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

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

NOME: João Roberto dos Santos

ID

DATA: 26/03/18 SEXO: M () F IDADE

PESO

Kg.

LEITO 308

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

SONDA VESICAL SIM () NÃO ☒ DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA SIM ☒ NÃO ☒ DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ☒ DATA:

DRENOS? SIM () NÃO ☒ QUAL? DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRACTURA EXPÔSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MAIORIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ FÉRVIDAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL ☒ RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MÓVIMOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

AUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

☒ HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONJUNDA () HIPOCORADA () FAZIDA () RUBORIZADA () ICTERICÁ

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () INTENSO () PARALÍTICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () SINUSIT

LEGA DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

ASTITIA: ☒ NÃO () SIM

RUÍDO GÁSTRICO: ☒ PRESENTE () AUSENTE ()

RUÍDO INTESTINAL: ☒ PRESENTE () AUSENTE ()

RUÍDO VENTRILOQUO: ☒ PRESENTE () AUSENTE ()

RUÍDO PNEUMOPATIA: ☒ PRESENTE () AUSENTE ()

RUÍDO PNEUMOPATIA: ☒ PRESENTE () AUSENTE ()

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TOCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUILIBRADA

() AMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIDAS

() AUTOESTIMIA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA RISCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTERFERÊNCIA NA PELE PREJUDICADA

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

() INCONTINÊNCIA DE URINA

() INCONTINÊNCIA DE FEZES

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS FÉRVIDAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 h

() MANTER MONITORAÇÃO

() MANTER CABEÇA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS AÚGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PERÍVOS

() REALIZAR CONTRLE HÍDRICO DE 6 h

() CÔNSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() ENCANTINHAR AO BANHO DE ASPRESSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 6 h

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h


() REALIZAR CETO 6 h

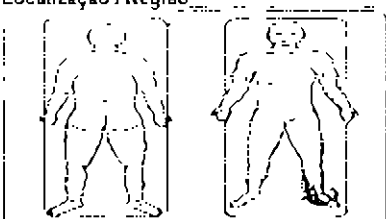
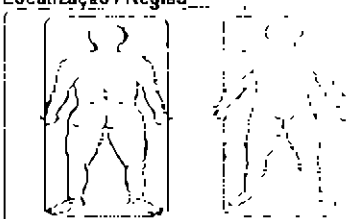
() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

() REALIZAR CETO 6 h

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

Nome: <u>João Trindade dos Santos</u>				
Data: <u>26/03/19</u> Local: <u>LA 1</u> Grau: <u>II</u>	Localização / Região 		DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<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: _____			
Dimensão 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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico			
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante			
Tipo de Exsudato <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <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"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Localização da pele Periférica <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" 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 (antes do leito 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 <u>09:59</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs <u>27/03/19</u> 01- <u>Elton CP</u> <u>Baru - 947-60674</u>			01- 	02-
Assinatura do Enfermeiro _____ Assinatura do Médico _____ Assinatura do Assistente Social _____ Assinatura do Psicólogo _____		Assinatura do Cirurgião _____ Assinatura do Anestesiologista _____ Assinatura do Radiologista _____ Assinatura do Patologista _____		



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

HC

329

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	27/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 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				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				m
15	DEXTRO 8/8HS				14 2X 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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

COLETO FASE ADICIONAR HIV

Solicite RX tornozelo + tórax

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

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120/80	80	18	36.4°C		
12 H	110/80	78	17	36.7°C	+	+
18 H						
24 H	110/80	78	17	36.7°C		

Medicamentos
90 mg 10L
Tórax de 10/10/19
SOREN-HR 000

* Paciente recebeu
medicação com
insulina regular
00UI - 0.1M.
Tórax de 10/10/19



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

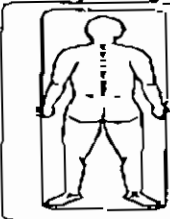
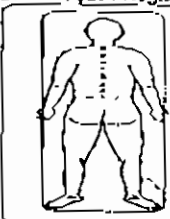
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

329

Nome: <u>João Todorô dos Santos</u>			
DATA: <input checked="" 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"/> Diabólica <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"/> Diabólica <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 estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estase <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"/> 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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
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 type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" 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	28/03/19		
Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Tatiana</u>	02- _____	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

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

[illegible]

27/03

Resenha de aula, Sem Grupos, Sem
interferência na disciplina, não há
nenhuma ou dúvida, olhando em alto
fornos da disciplina, horários

Ass. e Carimbo

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

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

Relatório de aula, Sem Grupos, Sem
interferência na disciplina, não há
nenhuma ou dúvida, olhando em alto
fornos da disciplina, horários

Ass. e Carimbo

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

Sem intercorrência

Ass. e Carimbo

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

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

Resenha de aula, Sem Grupos, Sem
interferência na disciplina, não há
nenhuma ou dúvida, olhando em alto
fornos da disciplina, horários

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

27/03

Resenha de aula, Sem Grupos, Sem
interferência na disciplina, não há
nenhuma ou dúvida, olhando em alto
fornos da disciplina, horários

Ass. e Carimbo

323



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 TORNZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sau
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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				Obs.
9	SIMETICONA 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 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				12h 22h 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				(20h)
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:

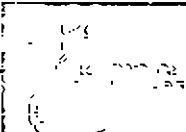
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

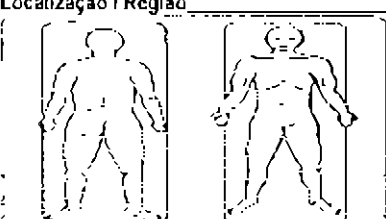

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Ader Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1878/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	108x78	73	20	37	+	0 Jodi
12 H	130x80	75	17	36	+	72 mg/dl Jodi
18 H	130x80	82	20	36.8	+	345 mg/dl
24 H	126x82	74		36.2	+	138 mg/dl

Leodina da Silva Rocha
 Técnica de Radiologia
 CRM 1878/RR 551 943

	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>Leandro Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>28/03/19</u> GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Outra: <u>Prolapso</u>	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 type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> 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"/> Serososanguíneo	<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"/> Serososanguíneo	<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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> 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 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <u>Manhã 09:43</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: <u>29/03/19</u>	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Contato direto na lesão: 01- <u>Elenir</u> 02- <u>CRU 947-956 14</u>	01- 02-	01- 02-	
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Rec, Soluções Programadas.
 Os pontos com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

NOME: Seano Sudoano

HD

DATA: 28/03/23

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

322

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
-----------------	-----------------	-------	------	----------------------------------	--------------------------------

CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H
--------------------	-----------------	-------	------	--	---

SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONTICRIZAÇÃO
---------------	-----------------	------	------------------------------	--------------------------

SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	() TRANSDIARÉIA	() MANTER CÂTECEIRA ELEVADA
--------------------	-----------------	------	------------------	------------------------------

SONDA NASOENTÉRAL	SIM () NÃO ()	DATA	() MEDO	() ASPIRAR VIAS
-------------------	-----------------	------	----------	------------------

DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
--------	-----------------	-------	----------------------------	-------------------------------------

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
--------------------------	--	--	-------------------------	----------------------------------

1. FERIMENTO	2. ABRASÃO	3. HEMATOMA	4. DEFORMIDADES	5. FRATURA EXPOSTA	6. EDEMA	7. AMPUTACÃO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
--------------	------------	-------------	-----------------	--------------------	----------	--------------	----------------------------------

ÚLCERA POR PRESSÃO	SIM () NÃO ()	LOCAL	GRAU () GRAU II () GRAU III	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
--------------------	-----------------	-------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

CABEÇA	PESCOÇO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO	() TERAPIA	() OBSERVAR COMA, NÍVEL E REGISTRAR CULMINAÇÕES
--------	---------	----------------------	---	-------------	--

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO	() RISCO PARA Quedas	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
----------------------	---	-----------------------	------------------------------	-----------------------------------

PUPILAS	() REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA	() AEROS	() FADIGA	() ESTIMULAR CEGOS PARA ALETAÇÃO DA DIETA
---------	--	-----------	------------	--

ACUIDADE VISUAL	NORMAL () DIMINUÍDA	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
-----------------	----------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

VIAS AÉREAS SUPERIORES	PÉRVIAS () OBSTRUIDAS	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

OBST. HIGIENE BUCAL	() FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
---------------------	---	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

TOXIA E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO	() NORMAL () ANORMAL	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
--------------------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

EXPANSÃO	() SIM () NÃO	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
----------	-----------------	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

DOR INSPIRATORIA	() SIM () NÃO	() INTOLEIRANCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
------------------	-----------------	-------------------------------	-----------------------	--------------------------------

Paciente sob cuidados comunitários em casa, apresentando com o uso de medicação. Sem febre, tosse, dor de garganta e outros sintomas. Gostaria de saber se a medicação está correta.

Eliza F. Almeida
CRF-ENFERM 356038

TARDE: ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA:

Paciente em quimioterapia. Realizado SSV CRM. Segue os cuidados de enfermagem.

Carla D. Barbosa
CRF-ENFERM 638.897-16

TARDE: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: / HORA:

Paciente em quimioterapia, realizado SSV e medicação. Segue os cuidados de enfermagem.

Eliza F. Almeida
CRF-ENFERM 356038


NOITE: ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO
DATA: / HORA:

NOITE: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: / HORA:

Paciente no leito com paciente orientado no momento S/V quimioterapia. Segue os cuidados de enfermagem. Gostaria de saber se a medicação está correta.

Eliza F. Almeida
CRF-ENFERM 356038

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	29/3/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					5x/d	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					monit	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspense	
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					8/6	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN	
10	SSVV + CCGG 8/6 H					Platina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG					SN	
14	CURATIVO DIARIO					m	
15	DEXTRO 8/8HS					3x/d	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					CONT	
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 828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80	75	-	36.0	+	+	30mg/dl
12 H	130x80	90	17	36.0	+	+	
18 H	Def. de funcionamento.						
24 H	100x60	37		36.5	+	+	

14h Dextro 192 mg/dl
 22 Dextro 250 mg/dl

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

Protocolo nº 1 Versão 04
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LETO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos		Localização / Região		Localização / Região	
DATA: 09/03/19				DATA:	
GRAU I				GRAU I	
GRAU II				GRAU II	
Local		Pressão I II III IV Venosa Arterial Diabético		Pressão I II III IV Venosa Arterial Diabético	
Neuropatia		neuropática cirúrgica Trauma outra		neuropática cirúrgica Trauma outra	
Comprimento	cm	Largura	cm	Comprimento	cm
Profundidade	cm			Profundidade	cm
Estado de granulação	<input checked="" type="checkbox"/> com escudo			Estado de granulação	<input type="checkbox"/> com escudo
Tecido necrótico	<input type="checkbox"/>			Tecido necrótico	<input type="checkbox"/>
Seco, mínimo	<input checked="" type="checkbox"/>	úmido, pouco		Seco, mínimo	<input type="checkbox"/>
úmido, moderado	<input type="checkbox"/>	molhado, abundante		úmido, moderado	<input type="checkbox"/>
Seroso	<input checked="" type="checkbox"/>	Fibrinoso	<input type="checkbox"/>	Seroso	<input type="checkbox"/>
Purulento	<input type="checkbox"/>	Serossanguinolento	<input type="checkbox"/>	Purulento	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
evidente na remoção da cobertura	<input type="checkbox"/>	na boira do leito	<input type="checkbox"/>	evidente na remoção da cobertura	<input type="checkbox"/>
evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/>	Sem odor	<input checked="" type="checkbox"/>	evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	Macerada	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Prurido	<input type="checkbox"/>	Outras	<input type="checkbox"/>	Prurido	<input type="checkbox"/>
Soro fisiológico 0,9%	<input checked="" type="checkbox"/>	Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/>	Soro fisiológico 0,9%	<input type="checkbox"/>
Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>	Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/>
Yave	<input checked="" type="checkbox"/>	Colagenase	<input type="checkbox"/>	Yave	<input type="checkbox"/>
Incisão	<input type="checkbox"/>	Sulfadiazina de Prata	<input type="checkbox"/>	Incisão	<input type="checkbox"/>
ACI	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>	ACI	<input type="checkbox"/>
Manhã	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarde	<input type="checkbox"/>	Manhã	<input type="checkbox"/>
Na próxima troca	30/03/19			Na próxima troca	
01-		02-		01-	
02-				02-	
OBS:				OBS:	

Regime de saúde do paciente em observação. O paciente está bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dor de cabeça, sem dor de garganta, sem dor de barriga, sem dor nas pernas, sem dor no pescoço, sem dor no corpo. O paciente está bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dor de cabeça, sem dor de garganta, sem dor de barriga, sem dor nas pernas, sem dor no pescoço, sem dor no corpo.

TARDE: _____ DATA _____ ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

Regime de saúde do paciente em observação. O paciente está bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dor de cabeça, sem dor de garganta, sem dor de barriga, sem dor nas pernas, sem dor no pescoço, sem dor no corpo. O paciente está bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dor de cabeça, sem dor de garganta, sem dor de barriga, sem dor nas pernas, sem dor no pescoço, sem dor no corpo.

TARDE: _____ DATA _____ ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

NOTA: _____ DATA _____ ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

NOTA: _____ DATA _____ ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

Foi feita a medicação de 55ml. Conforme a receita. Segue a evolução da enfermagem.

Sigla: [assinatura]
CURSO: [assinatura]

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - HOSPITAL DAS CLINICAS

NOME: JOÃO CARLOS DA SILVA ID: 123456789
 DATA: 20/05/2023 SEXO: M ETAR: 45 PESO: 75 KG. ALTURA: 1,75 M. ALERGICO: NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE: LESÕES
 CONTROLE DE CATETERES E SONDAS:

CATETER CENTRAL: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 CATETER PERIFÉRICO: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 SONDA VESICAL: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 SONDA NASOGÁSTRICA: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDAS NASOENTERAIS: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 DRENOS: SIM LOCAL: LOCAL DATA: DATA
 IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES: QUAL?

1. TÊNUEZ 2. ABRASÃO 3. EDEMA 4. DEFORMIDADES 5. TRATAMENTO EXPOSTO 6. EDEMA 7. AMPUTADO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM LOCAL: LOCAL GRAU: GRAU
 CABEÇA: PROTEÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉCADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AERIAS SUPERIORES: PERVIAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: BOA () PRECÁRIA

OBS: RESPIRATÓRIO
 TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO: EXPANSÃO () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 FREQUÊNCIA: 15 () FREQUÊNCIA () GRADIENTE () DISPNEIA
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
 CIRCULAÇÃO: () ÚNICA () DESIGUAL () CONADA () HIPOCORADA () FÚLIDA () RUBORIZADA () VERTICILIA
 () CIANÓTICA () ACROCIANÓTICA () ACROSCINDOTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMATICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR: PISTO () REGULAR () IRREGULAR ()

PERIFERIA: NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () ESTIMULADO () ARRITMICO () FURTOFAL
 PULSO: 100 () FREQUÊNCIA () BRADICARDIA () TAQUICARDIA
 PRESSÃO: 120/80 () PRESSÃO () HIPOTENSÃO () HIPERTENSÃO
 APTIDÃO: BOA () DIMINUIDA () AUMENTADA
 ESTADO NUTRICIONAL: BOM () MAU ()

DIAGNÓSTICO: DIAGNÓSTICO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO
 RISCO DE INFECÇÃO: RISCO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO
 MANUTENÇÃO DAS VIAS: MANUTENÇÃO



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	30/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Venozin
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				17:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1628/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	110/70	74	23	36,7
18 H	130/90	78	20	36,0
24 H	125/80	68	20	36,1

21:00 - 116
22:00 - 88
06:00 - 194



30.3.19 11:00 73 35.4

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 329

Data da última ação
Fevereiro 2015

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
01/02/2015		01/02/2015	
GRAU - I		GRAU - I	
Pressão: - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética		Pressão: - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética	
neuropática - cirúrgica - Trauma - outra		neuropática - cirúrgica - Trauma - outra	
Comprimento: _____ cm		Comprimento: _____ cm	
Profundidade: _____ cm		Profundidade: _____ cm	
Índice de granulação: <input type="checkbox"/> com esclero		Índice de granulação: <input type="checkbox"/> com esclero	
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco	
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento	
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito		<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 ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor		<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"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%		<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%	
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase	
<input type="checkbox"/> Enase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata		<input type="checkbox"/> Enase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata	
<input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Assinatura da Próxima troca:		Assinatura da Próxima troca:	
Assinatura do enfermeiro:		Assinatura do enfermeiro:	
OBS:		OBS:	

NOME: _____ HD _____
 DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____
 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS					() RISCO DE INFECÇÃO	{ } MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	{ } REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	{ } VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() TIOCA GASOSA PREJUDICADA	{ } MANTER MONITORIZAÇÃO	{ } MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:		{ } ANSIEDADE	{ } MEDO	{ } ASPIRAR VIAS /TOT_____
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA:		() INFERMENTAMENTO INEFICAZ	{ } RISCO PARA NUTRIÇÃO	{ } VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA:		{ } RISCO PARA QUEIMAS	{ } DESQUILIBRADA	{ } ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉGICAS
DRENOS?	SIM (X) NÃO ()	QUAL?		{ } MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	{ } RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	{ } OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				{ } TERAPIÚTICO	{ } AÉREAS	{ } MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- ECZEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO	SIM () NÃO ()	LOCAL:		{ } RISCO PARA QUEIMAS	{ } INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	{ } REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE ____/_/____
CABECA PEÇOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				{ } DIARRÉIA	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			{ } CONSTIPAÇÃO	{ } AUTOESTIMA PERTURBADA	{ } VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
PUPILAS:	() REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			{ } DEFICIT DO AUTO-CUIDADO	{ } RISCO PARA QUEIMAS	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
ACUIDADE VISUAL:	() NORMAL () DIMINUÍDA			{ } ACUMULAÇÃO VERBAL	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } MANTER JEJUNO A PARTIR DAS _____ HORAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES:	() PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS			{ } PREJUDICADA	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ENCAMINHAR AO BAHNHO DE ASPERSÃO
HIGIENE BUCA:	() FAVORÁVEL () MAZÁVEL () PRECÁRIA			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR BANHO NO LEITO
OBS:				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
EXPANSÃO:	() SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } PREPARAR PARA EXAMES EM _____
DOR INSPIRATORIA:	() SIM () NÃO			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR ILICITE DE CON-ORTO
FREQÜÊNCIA:	() EUFÔNICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
MÚRMUROS VESICULARES:	() AUSENTES () PRESENTES			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTICIOS:	() AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAS BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____
() HICATADA () ÚMIDA () GESSIDRATADA () CORROSA () HIPOCORROSA () PRUÍDA () RUBORIZADA () ICTERICÁ () CIANOTICA () AGIANÓTICA () IACROCIANOTICA				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
TEMPERATURA DA PELE:	() NORMALEJA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } PREPARAR PARA EXAMES EM _____
APARELHO CARDIOVASCULAR				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR ILICITE DE CON-ORTO
RITMO CARDÍACO	() REGULAR () IRREGULAR ()			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
PERFUSÃO PERIFÉRICA:	() HIERMAL () DIMALCIDA			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ORIENTAR AUTOCUIDADO
PULSO PERIFÉRICO:	() SINTÓNICO () ARRITMICO () EQUIONTE			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAS BANHO NO LEITO
FRASO E PROFUNDIDADE	() IDEALIZANTE () MODERADO () BAIXO VITE			{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____
LOCAL DO PULSO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
ARMATELHO GASTROINTESTINAL				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } PREPARAR PARA EXAMES EM _____
DEFECIT				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR ILICITE DE CON-ORTO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ORIENTAR AUTOCUIDADO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAS BANHO NO LEITO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } PREPARAR PARA EXAMES EM _____
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR ILICITE DE CON-ORTO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ORIENTAR AUTOCUIDADO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAS BANHO NO LEITO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } PREPARAR PARA EXAMES EM _____
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } REALIZAR ILICITE DE CON-ORTO
REFLEXO				{ } RISCO PARA LESÃO	{ } RISCO PARA LESÃO	{ } ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
REFLEXO		</				

09/03/19 às 10:36h - PCT. ALBERTO
 ORIENTADO NO TEMPO E ESPANHA
 COMUNICA-SE VERBAMENTE, REFEREC POR
 INGESTÃO ALIMENTAR, ELIMINAÇÃO VERBAL
 INTESTINAL PRESENTE

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO
 DATA: _____ HORA: _____
 ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ HORA: _____
 ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Realizado exame medicado, após
 curado

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ HORA: _____
 ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Parte no lado fift e fift
 curado e curado de fift e fift
 e medicado e fift e fift

Segue no lado curado
 de fift e fift

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ HORA: _____
 ASS. E CARIMBO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM



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	31/3/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANHÃ
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				(S/N)
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				POTURON
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				PT
15	DEXTRO 8/8HS				10 28/03
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20 28/03
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, BFG

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Nider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RJ

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	50/20	81	19	—
12 H	80/50	73	19	—
18 H	60/40	75	18	—
24 H	66/78	75	18	36.0°

RMS

Dr. Nider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RJ

DEXTRO 293 mg/dl
DEXTRO Feito 4 UI = 2 24h
152 mg/dl.

João Teodoro dos Santos

1

SOL - ATUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM TERAPIA DE IMAGEM HOSPITALAR CLINICAS RR

NOME: JOÃO CARLOS DA SILVA IDADE: 30 ANOS SEXO: M F X DATA: 20/05/1992

UNIDADE: 302 NOME: 302

EXAME FÍSICO DO PACIENTE LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS DIAGNÓSTICO

CATETER CENTRAL PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CATETER PERIFÉRICO MANUTENÇÃO DE VASOS

Sonda vesical - SIM () NÃO () MANUTENÇÃO DE VASOS

Sonda nasogastrica - SIM () NÃO () MANUTENÇÃO DE VASOS

Sonda nasoenteral - SIM () NÃO () MANUTENÇÃO DE VASOS

DRENOS? SIM () NÃO () MANUTENÇÃO DE VASOS

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES MANUTENÇÃO DE VASOS

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FURTURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO MANUTENÇÃO DE VASOS

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () MANUTENÇÃO DE VASOS

CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA MANUTENÇÃO DE VASOS

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

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () SÓCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA MANUTENÇÃO DE VASOS

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA MANUTENÇÃO DE VASOS

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERTECE () OBSTRUÍDAS MANUTENÇÃO DE VASOS

OBS: MANUTENÇÃO DE VASOS

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO MANUTENÇÃO DE VASOS

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO MANUTENÇÃO DE VASOS

COOR. INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO MANUTENÇÃO DE VASOS

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO MANUTENÇÃO DE VASOS

MÔDULOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES MANUTENÇÃO DE VASOS

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES MANUTENÇÃO DE VASOS

Paciente no leito. Sem suar. Sem
 AV. Tola. Garganta sem T.E. Língua
 endurecida com suco de leite
 de leite. Paciente está com febre
 elevada. Temperatura 38.5°C. Exame físico
 normal.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: Paula
 DATA: 30/03 HORA: 13:00

Exame físico normal.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: Paula
 DATA: 30/03 HORA: 13:00

Paciente acatando as medicações e está
 bem.

Paciente acatando as medicações e está
 bem.

320

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				
EXAMES	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO		LEITO	329	DATA	24/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM L HAS				SN
2	ACLESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	PARAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPV DE 8/8H SE DOR INTENS				SN
7	PARAL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PLLA 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 MMHG				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	DEXIRO 8/8HS				14-22-08
15	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				200
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 PLANFONISTA				

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

As 6h 63 mg/dL

TEMPO VITAL	PA	FC	FR	T	D E
6 H	115x80	71	20	36.1	+ 0
12 H	130x85	85	18	36.2	
18 H	quase no leito				
24 H	130x85	70	17		

Marcelo da Silva Rocha
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR 551.943

14h -> Dextro 215 mg/dL
12h -> Dextro 215 mg/dL
10h -> Dextro 215 mg/dL
8h -> Dextro 215 mg/dL
6h -> Dextro 215 mg/dL

You're welcome and thank you

1

03/19

IDAOF

PESO

KG

LETT

३५०

• ALÉRGICO ?

TAREFA: DATA / / HORA
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TAREFA: DATA / / HORA
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TAREFA: DATA / / HORA
 ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

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

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

TAREFA: DATA / / HORA
 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	25/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% I-V OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				relatado
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				44
15	DEXTRO 8/8HS				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 OFFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NENHUMA QUEIXA ÁLGICA, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. FUMADOR, L. L. BFG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1829/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Dextro
6 H	138x76	65	36	+	+	62mg de codeína
12 H	130x80	76	36.7	+	+	caso de
18 H	130x80	74	36.7	+	+	
24 H	122x70	83	36.7	+	+	

10 de Dextro 540 mg 1 de

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos


DATA: 25/03/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Scura
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo de exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à 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 type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condição da pele Periférica:	<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: _____
Satuação 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: _____	Satuação para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Horas do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Horas do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	26/03/19	Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>Elan. R.</i> <i>Carimbo 441-456-75</i> <i>Enfermeira</i> <i>Carimbo 150430</i>	02-	01- <i>07</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Os documentos disponíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Comitê, Solutions Program,.

(b) particulas cum 0,2 ou mais lesões estas devem ser cylindros separadamente.

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

NOME: Vanessa Lima de Souza HO: 14/03/2019
 DATA: 25/03/19 SEXO: DM () F IDADE: 32 ANOS PESO: 52 KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? N

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 () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____ Sonda vesical: SIM () NÃO () Sonda nasogastrica: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ Sonda nasointestinal: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ DRENOS: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____ DATA: _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____				() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () Desequilíbrio () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () Desequilíbrio () INEFICÁCIA DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUDITIVA perturbada () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DEFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGRADADO PREJUDICADO () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO () OUTROS: _____	() MANter VIAS AÉREAS PERVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TOT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PEREUSÃO PERIFÉRICA () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO <u>1</u> / _____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO () ORIENTAR AUTO CUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMUELAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS: _____

MANHÃ: EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DATA 5/10/19 HORA

Paciente estável sem febre e dores em internamento. hoje, deu 1h nojuma. Ustima em fazer o banho com assepsia fisiológica. normais

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO
DATA 5/10/19 HORA

MANHÃ: ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DATA 5/10/19 HORA 12:00

Paciente em auto atendimento realizado SVU. segue para a unidade do dia seguinte para a enfermagem

TAT

TARDE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO DATA 5/10/19 HORA

TARDE: 16:14 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM DATA 5/10/19 HORA

Paciente em repouso, sem sinais de desconforto, com sinais de recuperação

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

NOTE: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO DATA 5/10/19 HORA

NOTE: ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM DATA 5/10/19 HORA

Paciente em boas condições de saúde, com sinais de recuperação, segue para a unidade de internamento

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM



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

HC

329

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	27/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensa
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				Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				14-2X-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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DO T. ESQ.

Solicite Rx coronária + TAC.

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

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120x80	80	18	36.4°C		
12 H	140x80	78	17	36.7°C	+	+
18 H						
24 H	140x90	92		36.1°C		

Dextro
90 mg 10L

Dext = 232 mg/dl

* Paciente recebeu
200mg de Dextro
Sintetizado por
02 UI - 0.4 mL - 12/03/2019



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Leão Teodoro dos Santos

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input 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"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Dor:	<input checked="" 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 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 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 (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"/> Outra: _____	<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 + do 24hs	<u>28-03-19</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Esteliana</u>	02- _____	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

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

NOME: YOUNG JAMES

54

[illegible]

100

CONFIDENTIAL

ASS: 1.001400-TEL: 011-30810800, FAX: 011-30810801
DATA: 11/05/2006 HORA: 14:00

[illegible]

ASS. E CASIMBOS - TEC. ENFERMAGEM
DATA 28 DE AGOSTO DE 2004
NOTA-

الحمد لله الذي جعل القرآن الكريم

1. Name: Shirley D. Jones
 2. Address: 1000 S. 1st St.
 3. City: San Antonio, Tex.
 4. State: Texas
 5. Zip: 78204

2019年12月15日

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	28/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				San
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Obs
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				San
10	SSV + CCGG 6/6 H				Quilina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				San
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				14 22 06
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: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

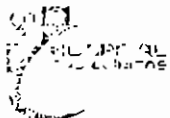
EVOLUÇÃO MÉDICA:

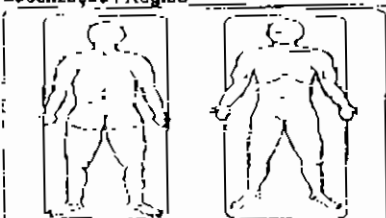

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Aylton Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1822/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	108x78	73	20	36.7	+	72 mg/dl
12 H	132x82	75	17	36	+	72 mg/dl
18 H	134x82	82	20	36.8	+	845 mg/dl
24 H	126x82	74		36.2	+	138 mg/dl

Leoadina da Silva Rocha
Téc. Radiologia
CRM-RR 551 943

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>28/03/19</u> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia Tipo de ferida: Aparência do Leito: Quantidade de Exsudato: Tipo de exsudato: Dor: Sinal: Condição da pele Perilesão: Solução para limpeza: Cobertura primária: Contato direto na lesão: Hora do curativo: Data da Próxima troca: Em caso de 1 dia 24hs: Carimbo e Ass. Tec. em Enfermagem: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: NIS:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II <input type="checkbox"/> III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Traumatizada <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>Isquemia</u> Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro _____ <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro _____ <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:43</u> <input type="checkbox"/> Tarde <u>29/03/19</u> 01- <u>Polenete</u> <u>com 947-956</u> 02- 01- 02-		
OBS:			

Obs: Esta escala adaptada da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva'ter, Solutions Programs.
 Os pontos com 07 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

Paciente estável, sendo acompanhado com auxílio de medicação, sem febre, tosse, dispnéia e outros sintomas. Sinais vitais dentro da normalidade.

Elva Almeida
COLENDIN

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

Paciente em quimioterapia. Realizado SVD CPN. Segue em cuidados de enfermagem.

Carla de Fátima
BORGES

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - TEC. EM ENFERMAGEM

Paciente estável, mantendo SVD e medicação. Segue em cuidados de enfermagem.

Elva Almeida
COLENDIN

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIÓTIPO - TEC. EM ENFERMAGEM

Paciente no leito convenientemente orientado no momento SVD. Segue em cuidados de enfermagem. Sinais vitais dentro da normalidade.

Carla de Fátima
BORGES

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	29/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				3x/d
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monit
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				m
15	DEXTRO 8/8HS				12h, 18h, 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				09h
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML, GLICOSE 60% 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

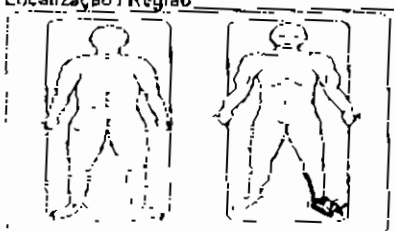
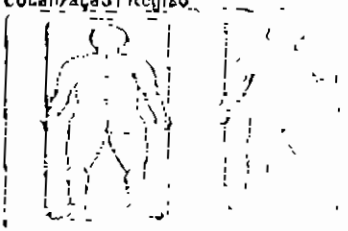
Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80	75	-	36.5°	+	+	30ml mg/dl
12 H	130x80	90	17	36.6°	+	+	
18 H	Bela de funcionamento.						
24 H	100x60	77		36.5°	+	+	

14h DEXTRO 192 mg/dl
 22 Dextro 250 mg/dl

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LETO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos			
<p>DATA: 29/03/19</p> <p>GRAU - I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I</p>	<p>Localização / Região</p> 	<p>DATA</p> <p>LI GRAU - I</p> <p>LI GRAU - II</p>	<p>Localização / Região</p> 
<p>Localização</p> <p>Pressão: I - II - III - IV: Venosa: Arterial: Diabética</p> <p>neuropática: cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Outra</p> <p>Comprimento: cm Largura: cm</p> <p>Profundidade: cm</p> <p>Aspecto do leito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>	<p>Pressão: I - II - III - IV: Venosa: Arterial: Diabética</p> <p>neuropática: cirúrgica: Trauma: Outra</p> <p>Comprimento: cm Largura: cm</p> <p>Profundidade: cm</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>		
<p>Quantidade de Exsudato</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>		
<p>Tipo do exsudato:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo</p>	<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo</p>		
<p>Doi</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>Odor</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p>	<p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>		
<p>Condição da pele</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras</p>	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras</p>		
<p>Medicação para limpeza</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro</p>	<p><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro</p>		
<p>Medicação para cicatrização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno</p> <p><input type="checkbox"/> Binaço <input type="checkbox"/> Sulfatozina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro</p>	<p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfatozina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro</p>		
<p>Medicação para dor</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Analg <input type="checkbox"/> Tópico</p>	<p><input type="checkbox"/> Analg <input type="checkbox"/> Tópico</p>		
<p>Local da Próxima troca</p> <p>em caso de + ou 24hs</p> <p>30/03/19</p>	<p>Local da Próxima troca</p> <p>em caso de + ou 24hs</p>		
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</p> <p>01- 02-</p>	<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</p> <p>01- 02-</p>		
OBS:			

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					RISCO DE INFECÇÃO		PREVENÇÃO DE INFECÇÃO	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		() MANTER VIAS AERIAS DESOBSTRUIDAS	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA		() INCOMPETÊNCIA DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H	
SONDA VESICAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		DATA			() TRÓCA CASOS PREJUDICADA INCONTINÊNCIA		() MANTER SINAIS VITAIS DE 6/6 H	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		DATA			() INCONTINÊNCIA		() MANTER CÂMERAS ELEVADA	
SOND. NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			() MEDO		() ASPIRAR VAS TOT	
DIENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?				() ENFERMAGEM INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES					() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENÇÃO PARA QUEIXAS NASCIS	
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO					DESOLIBERADA		() ATENÇÃO PARA QUEIXAS NASCIS	
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	GRAU () GRAU II () GRAU III			() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() MANUTER ACESSOS VENOSOS PREVIDOS	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO					() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERIAS		() REALIZAR CONTROLE MORFOLÓGICO DE 6/6 H	
POUPAL: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () SOCORRÍVEL () ANISOCÓRICO () MIDRÁTICA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() ELIMINAÇÕES	
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() RABDIA		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
VIAS AGÜES SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> VERBAIS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> RAZONÁVEL () PRECÁRIA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() AVALIAR SENSIBILIDADE GÁSTRICA ANTES DA GAVAGEM	
TOXAS E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					() RISCO PARA Quedas		() ESTIMULAR E AVALIAR ACTACÇÃO DA DIETA	
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPLENTE () ACQUIRITIVO () BRADICÁRICO () TAQUICÁRICO					() AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA		() MANUTER JEJUNO A VENTRE 6/6 H	
MURMÚRIOS VISCERAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTES () PRESENTES					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR DEXTRO 6/6 H	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTES () SIBLOS					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() ENCAMINHAR AO CARIÓTIPO DE ASPERSSO	
CIRCUNSCRIÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR BANHO VENTILADO	
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR INSTRUÇÃO DE D. CORTO 6/6 H	
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() PREPARAR PARA EXAMES EM 6/6 H	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() REALIZAR CUIDADOS MARIÓ	
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			
PERIFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					() INTOLERÂNCIA A AT			
PULSO PERIFÉRICO: () NORTERMICO () HIPERTERMICO () HIPOTERMICO					() INTOLERÂNCIA A AT			
TEMPERATURA: () ÚNICA () DESIGALADA () CONADA () HIFOCORADA () FALSA () RUBORIZADA () ICTERICA					() INTOLERÂNCIA A AT			
ADAPTAÇÃO CARDIOVASCULAR					() INTOLERÂNCIA A AT			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					() INTOLERÂNCIA A AT			

[illegible][illegible]

100

ASS E CARIÓTIPO ENFERMEIRO: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

[illegible]

Pratice de SQL + environment de queries, tables. Regne des conditions de la page

ISS. E CARIMBO-TEC. E FIZIOLÓGICA

ASS. E CARIL

TARDE. DATA / HORA

ASS. L. CAMILA, DO. CENFERMEIRO

NOTE	DATA	FORM
	/	.

ASS E CARIMBOS - TEC E N F L I M - A G E M.


NOTE: DATA / HORA :

Falso medicina e sua conforme
Falso e seus q'ueiros segue
Falso e sua experiança

R.O.
 Spino Dutchman
 DOREN - PG-24-228 - TE

—continued—

#Rondineiro 320210
 em 07:30h

 <div style="text-align: center;"> SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC </div> <div style="text-align: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">HC</div>					
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	30/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU, D1 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06:30h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				22:00h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				22:00h
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

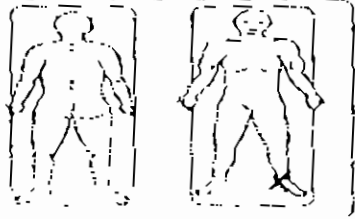

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	108/70	74	23	36,7
18 H	136/90	78	20	36,0
24 H	123/80	68	20	36,1

21:00 - 176 mg/dl
 22:00 - 88 mg/dl
 06:00 - 194 mg/dl

31.3.19 6h 108/70 73 20 35.4

<p>Protocolo nº 1</p> <p>Atualizada: Janeiro / 2015</p> <p>ENF/LEITO: 329</p>	<p>Acompanhamento das Feridas</p> <p>Comissão de Curativo - HC</p>	<p>Versão: 05</p> <p>Data da Atualização: Fevereiro 2015</p>

<p>Nome: João Teodoro dos Santos</p>			
<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	<p>Localização / Região:</p> 	<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	<p>Localização / Região:</p> 
<p>Pressão: <input type="checkbox"/> I - II - III Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabólica</p> <p>neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> traumática <input type="checkbox"/> outras</p> <p>Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade: _____ cm</p> <p>Estado de granulação: <input type="checkbox"/> com escarcia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico</p> <p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p> <p>Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colegimase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p> <p>Data da Próxima Troca: _____</p> <p>Em caso de 1 ou 2 dias</p> <p>Combo e ass: _____</p> <p>em Enfermagem: _____</p> <p>Assinatura e Assinatura: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>			
<p>OBS:</p>			

Presença no site. Sem seguir. Sem
 Av. Tala. Faltou a vir. F. E. com
 Juliano com saída de madrugada. Ajudado. Virou a. Sem a
 F. Sem acompanhamento. Trabalho de enfermeiro

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

Seu intercorrimento. Trabalho de

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

Presença. Aceito. Não há justificativa de ausência. Não há
 trabalho. Não há justificativa de ausência. Não há
 trabalho. Não há justificativa de ausência. Não há

Assinatura do Enfermeiro
 Assinatura do Técnico de Enfermagem



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	31/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				POTUON
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
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, NEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/RS

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	132/90	81	19	—
12 H	130/80	73	19	—
18 H	130/80	75	18	—
24 H	116/78	75	18	36°C

RHAF

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/RS

DEXTRO 293 mg/dL

DEXTRO 4 UI 5 IE 29 UI
152 mg/dL

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão 03
Atualizada: Janeiro / 2013
ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

Localização / Região	Localização / Região
<p>1. GRAU - I</p> <p>2. GRAU - II</p> <p>3. GRAU - III</p> <p>4. GRAU - IV</p> <p>5. GRAU - V</p> <p>6. GRAU - VI</p> <p>7. GRAU - VII</p> <p>8. GRAU - VIII</p> <p>9. GRAU - IX</p> <p>10. GRAU - X</p> <p>11. GRAU - XI</p> <p>12. GRAU - XII</p> <p>13. GRAU - XIII</p> <p>14. GRAU - XIV</p> <p>15. GRAU - XV</p> <p>16. GRAU - XVI</p> <p>17. GRAU - XVII</p> <p>18. GRAU - XVIII</p> <p>19. GRAU - XIX</p> <p>20. GRAU - XX</p> <p>21. GRAU - XXI</p> <p>22. GRAU - XXII</p> <p>23. GRAU - XXIII</p> <p>24. GRAU - XXIV</p> <p>25. GRAU - XXV</p> <p>26. GRAU - XXVI</p> <p>27. GRAU - XXVII</p> <p>28. GRAU - XXVIII</p> <p>29. GRAU - XXIX</p> <p>30. GRAU - XXX</p> <p>31. GRAU - XXXI</p> <p>32. GRAU - XXXII</p> <p>33. GRAU - XXXIII</p> <p>34. GRAU - XXXIV</p> <p>35. GRAU - XXXV</p> <p>36. GRAU - XXXVI</p> <p>37. GRAU - XXXVII</p> <p>38. GRAU - XXXVIII</p> <p>39. GRAU - XXXIX</p> <p>40. GRAU - XL</p> <p>41. GRAU - XLI</p> <p>42. GRAU - XLII</p> <p>43. GRAU - XLIII</p> <p>44. GRAU - XLIV</p> <p>45. GRAU - XLV</p> <p>46. GRAU - XLVI</p> <p>47. GRAU - XLVII</p> <p>48. GRAU - XLVIII</p> <p>49. GRAU - XLIX</p> <p>50. GRAU - L</p> <p>51. GRAU - LI</p> <p>52. GRAU - LII</p> <p>53. GRAU - LIII</p> <p>54. GRAU - LIV</p> <p>55. GRAU - LV</p> <p>56. GRAU - LVI</p> <p>57. GRAU - LVII</p> <p>58. GRAU - LVIII</p> <p>59. GRAU - LIX</p> <p>60. GRAU - LX</p> <p>61. GRAU - LXI</p> <p>62. GRAU - LXII</p> <p>63. GRAU - LXIII</p> <p>64. GRAU - LXIV</p> <p>65. GRAU - LXV</p> <p>66. GRAU - LXVI</p> <p>67. GRAU - LXVII</p> <p>68. GRAU - LXVIII</p> <p>69. GRAU - LXIX</p> <p>70. GRAU - LXX</p> <p>71. GRAU - LXXI</p> <p>72. GRAU - LXXII</p> <p>73. GRAU - LXXIII</p> <p>74. GRAU - LXXIV</p> <p>75. GRAU - LXXV</p> <p>76. GRAU - LXXVI</p> <p>77. GRAU - LXXVII</p> <p>78. GRAU - LXXVIII</p> <p>79. GRAU - LXXIX</p> <p>80. GRAU - LXXX</p> <p>81. GRAU - LXXXI</p> <p>82. GRAU - LXXXII</p> <p>83. GRAU - LXXXIII</p> <p>84. GRAU - LXXXIV</p> <p>85. GRAU - LXXXV</p> <p>86. GRAU - LXXXVI</p> <p>87. GRAU - LXXXVII</p> <p>88. GRAU - LXXXVIII</p> <p>89. GRAU - LXXXIX</p> <p>90. GRAU - LXXXX</p> <p>91. GRAU - LXXXXI</p> <p>92. GRAU - LXXXXII</p> <p>93. GRAU - LXXXXIII</p> <p>94. GRAU - LXXXXIV</p> <p>95. GRAU - LXXXXV</p> <p>96. GRAU - LXXXXVI</p> <p>97. GRAU - LXXXXVII</p> <p>98. GRAU - LXXXXVIII</p> <p>99. GRAU - LXXXXIX</p> <p>100. GRAU - LXXXXX</p>	<p>Localização / Região</p> <p>1. GRAU - I</p> <p>2. GRAU - II</p> <p>3. GRAU - III</p> <p>4. GRAU - IV</p> <p>5. GRAU - V</p> <p>6. GRAU - VI</p> <p>7. GRAU - VII</p> <p>8. GRAU - VIII</p> <p>9. GRAU - IX</p> <p>10. GRAU - X</p> <p>11. GRAU - XI</p> <p>12. GRAU - XII</p> <p>13. GRAU - XIII</p> <p>14. GRAU - XIV</p> <p>15. GRAU - XV</p> <p>16. GRAU - XVI</p> <p>17. GRAU - XVII</p> <p>18. GRAU - XVIII</p> <p>19. GRAU - XIX</p> <p>20. GRAU - XX</p> <p>21. GRAU - XXI</p> <p>22. GRAU - XXII</p> <p>23. GRAU - XXIII</p> <p>24. GRAU - XXIV</p> <p>25. GRAU - XXV</p> <p>26. GRAU - XXVI</p> <p>27. GRAU - XXVII</p> <p>28. GRAU - XXVIII</p> <p>29. GRAU - XXIX</p> <p>30. GRAU - XXX</p> <p>31. GRAU - XXXI</p> <p>32. GRAU - XXXII</p> <p>33. GRAU - XXXIII</p> <p>34. GRAU - XXXIV</p> <p>35. GRAU - XXXV</p> <p>36. GRAU - XXXVI</p> <p>37. GRAU - XXXVII</p> <p>38. GRAU - XXXVIII</p> <p>39. GRAU - XXXIX</p> <p>40. GRAU - XL</p> <p>41. GRAU - XLI</p> <p>42. GRAU - XLII</p> <p>43. GRAU - XLIII</p> <p>44. GRAU - XLIV</p> <p>45. GRAU - XLV</p> <p>46. GRAU - XLVI</p> <p>47. GRAU - XLVII</p> <p>48. GRAU - XLVIII</p> <p>49. GRAU - XLIX</p> <p>50. GRAU - L</p> <p>51. GRAU - LI</p> <p>52. GRAU - LII</p> <p>53. GRAU - LIII</p> <p>54. GRAU - LIV</p> <p>55. GRAU - LV</p> <p>56. GRAU - LVI</p> <p>57. GRAU - LVII</p> <p>58. GRAU - LVIII</p> <p>59. GRAU - LIX</p> <p>60. GRAU - LX</p> <p>61. GRAU - LXI</p> <p>62. GRAU - LXII</p> <p>63. GRAU - LXIII</p> <p>64. GRAU - LXIV</p> <p>65. GRAU - LXV</p> <p>66. GRAU - LXVI</p> <p>67. GRAU - LXVII</p> <p>68. GRAU - LXVIII</p> <p>69. GRAU - LXIX</p> <p>70. GRAU - LXX</p> <p>71. GRAU - LXXI</p> <p>72. GRAU - LXXII</p> <p>73. GRAU - LXXIII</p> <p>74. GRAU - LXXIV</p> <p>75. GRAU - LXXV</p> <p>76. GRAU - LXXVI</p> <p>77. GRAU - LXXVII</p> <p>78. GRAU - LXXVIII</p> <p>79. GRAU - LXXIX</p> <p>80. GRAU - LXXX</p> <p>81. GRAU - LXXXI</p> <p>82. GRAU - LXXXII</p> <p>83. GRAU - LXXXIII</p> <p>84. GRAU - LXXXIV</p> <p>85. GRAU - LXXXV</p> <p>86. GRAU - LXXXVI</p> <p>87. GRAU - LXXXVII</p> <p>88. GRAU - LXXXVIII</p> <p>89. GRAU - LXXXIX</p> <p>90. GRAU - LXXXX</p> <p>91. GRAU - LXXXXI</p> <p>92. GRAU - LXXXXII</p> <p>93. GRAU - LXXXXIII</p> <p>94. GRAU - LXXXXIV</p> <p>95. GRAU - LXXXXV</p> <p>96. GRAU - LXXXXVI</p> <p>97. GRAU - LXXXXVII</p> <p>98. GRAU - LXXXXVIII</p> <p>99. GRAU - LXXXXIX</p> <p>100. GRAU - LXXXXX</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	1/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manuten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
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				Ratino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				195
15	DEXTRO 8/8HS				06
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 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

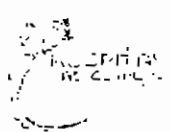
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BFG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

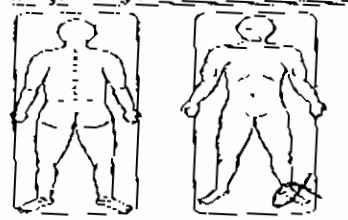
Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1228/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	122x36	82	20	37	+	0
12 H	110x80	75	17	36,6	+	0
18 H	130x80	72	18	36,3	+	-
24 H	128x76	68	18	36,3	+	+

14 HS Dextro - 195 mg/dL
 22:00 Dextro 189 mg/dL
 06:00 Dextro 122 mg/dL

Dr. Silva Rocha
 Fm. Enfermagem
 CRPEN-RR 551 943

	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	
DATA: 08/03/15	Localização / Região: 
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia: _____ Tipo de ferida: _____ Aparência do Leito: _____ Quantidade de Exsudato: _____ Tipo de exsudato: _____ Características: _____ Condição da pele Periférica: _____ Solução para limpeza: _____ Cobertura primária: _____ Produto usado na lesão: _____ Hora do curativo: _____ Data da Próxima troca: _____ Tempo de ass.: _____ Ass. em Enfermagem: _____ Ass. em Enfermagem: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> com tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entorpecida / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____ <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro _____ <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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input checked="" type="checkbox"/> 01- 09/03/15 <input type="checkbox"/> 02- valado <input type="checkbox"/> 01- _____ <input type="checkbox"/> 02- _____

OBS:	OBS:
------	------

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

NOME: JOÃO PEDRO DOS SANTOS HD

DATA: 08/03/13 SEXO: M () F IDADE: 32.8 PESO: 70 KG. LETO: 32.8 ALÉRGICO: ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	DATA: <u>08/03/13</u>	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	DATA: <u>08/03/13</u>	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>26</u> H
SONDA VESICAL () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>08/03/13</u>		() TOCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>08/03/13</u>		() ANSIEDADE	() MANTER CÂNECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>08/03/13</u>		() MEDO	() ASPIRAR VAS /TOT
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		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIMAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO () SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PÉRVIA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>2</u> H
PUPILAS () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA		() DISOSTRUTÇÃO INEFICAZ DE VIAS	() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA		NEREAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS		() FACILGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SANGIAGEM
OBS:		() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO		() RISCO PARA QUEODAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO () SINTÉTICO () ASSINTÉTICO		() AUTOESTIMA PERTURBADA	() MANTER JEJUM A PARTIR GAS.
DOR INSPIRATORIA () SIM () NÃO		() DIARREIA	() REALIZAR DEIXO <u>2</u> HORAS
FREQUÊNCIA () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO		() CONSTIPAÇÃO	() ENCUMBRAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
MURMÚRIOS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES		() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS		() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LETO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS		() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>2</u> H
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () NORMA () HIPERCORADA () PALEDA () RUDEZIDEZA () ICTERÍCA		PREJUDICADA	() REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO
TEMPERATURA DA PELE () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA		() FÍSICO PARA BSO VCC ASPIRAÇÃO	() PREVENIR E REGISTRAR EDEMAS
APARELHO CARDIOVASCULAR		() DOR	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
RITMO CARDÍACO () REGULAR () IRREGULAR		() HIPOTENSÃO	() REALIZAR E GASTAR BROTOS
PERFUSÃO PERIFÉRICA () NORMAL () DIMINUIDA		() HIPERTENSÃO	() REALIZAR E GASTAR BROTOS
TUMOR ERITRICO () SINTÉTICO () ASSINTÉTICO () SCLERÓTICO		() INFERMIDADE POR ELA PREJUDICADA	() REALIZAR E GASTAR BROTOS
POULSO () NORMAL () TAQUIPULSO () BRADIPULSO () PARADO		() INFERMIDADE POR ELA PREJUDICADA	() REALIZAR E GASTAR BROTOS
LOCAL DO PULSO		() INFERMIDADE POR ELA PREJUDICADA	() REALIZAR E GASTAR BROTOS
APARELHO GASTROINTESTINAL		() INFERMIDADE POR ELA PREJUDICADA	() REALIZAR E GASTAR BROTOS

Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Médico

Receber atendimento, Sinais vitais estáveis, sem alteração de consciência, sem intercorrências, alimentação adequada, higiene pessoal adequada, medicação em tempo hábil.

CONTINUA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____
TARDE: _____ DATA: _____ HORA: _____

Realizado Sinais vitais estáveis, sem alteração de consciência, sem intercorrências, alimentação adequada, higiene pessoal adequada, medicação em tempo hábil.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____
TARDE: 16h DATA: _____ HORA: _____

Realizado Sinais vitais estáveis, sem alteração de consciência, sem intercorrências, alimentação adequada, higiene pessoal adequada, medicação em tempo hábil.


ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____
NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____
NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____

Paciente está bem, sem alterações, sem intercorrências, alimentação adequada, higiene pessoal adequada, medicação em tempo hábil.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: _____
NOITE: _____ DATA: _____ HORA: _____

329

 <div style="text-align: center;"> SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC </div> <div style="text-align: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">HC</div>						
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	2/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspensão
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					SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	DEXTRO 8/8HS					
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

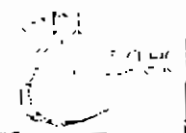
EVOLUÇÃO MÉDICA:

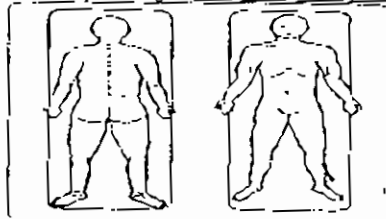
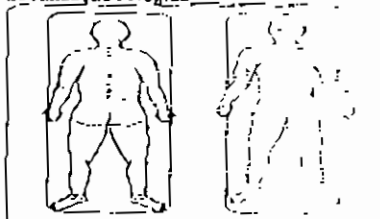
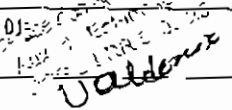
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DEXTRO
SINAIS VITAIS							
6 H	140x8	80	20	36.6	+	+ Pac	14HS: 182
12 H	120x80	71	20	36.6°C	+	+	106 g/l
18 H	120x70	76	20	36.7°C	+	+	
24 H	110x60	67	18	36.6°C	+	+	

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

Nome: João Teodoro da Silva				
DATA: 30/01/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Excreta	
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 type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na 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"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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 09:50 <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 92 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

—KD

• **ALERGICO** ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VAS	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA:					() TROCA GASOSA PREJUDICADA		() MANTER MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA:					() ANSIEDADE		() MANTER CABECEIRA ELEVADA	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA:					() MEDO		() ASPIRAR VAS /TOT	
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?					() ENFERMAGEM INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						() ACIDOBILIDADE		() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL						() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() REALIZAR CUIDADOS HÍDRICO DE	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIODÁTICAS						() FADIGA		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() RISCO PARA Quedas		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA						() AUTOESTIMIA PERTURBADA		() MANTER JEJUM A PARTIR DAS	
OBS:						() DIARREIA		() REALIZAR DEIXO	
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() CONSTIPAÇÃO		() ENCAMINHAR AO DANO DE ASPESÃO	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		() ORIENTAR AUTOCUIDADO	
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						() DEFICIT DO AUTO CUIDADO		() REALIZAR GANHAR NO LETO	
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO						() RISCO PARA URTICÁRIA ASPIRAÇÃO		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERCORES () SIBILOS						() DOIS		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
() HIEPATADA () JIUNDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPERCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
() CÍANÓTICA () ACIANCÁTICA () ACROCIANCÁTICA						() RISCO PARA URTICÁRIA ASPIRAÇÃO		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA						() DOIS		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
APARELHO CARDIOVASCULAR						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
PERCUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA						() DOIS		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FLUTUANTE						() HIPOTERMIA		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						() HIPERTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
LOCAL DO PULSO						() HIPOTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
APARELHO GASTROINTESTINAL						() HIPERTERMIA		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
FREQUÊNCIA						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
FECES						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
COR						() HIPOTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
QUANTIDADE						() HIPERTERMIA		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
CONSISTÊNCIA						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
ODOR						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
PRESENÇA DE SANGUE						() HIPOTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
PRESENÇA DE BILHES						() HIPERTERMIA		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
PRESENÇA DE MUCOSAS						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
PRESENÇA DE SANGUE						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
PRESENÇA DE BILHES						() HIPOTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM	
PRESENÇA DE MUCOSAS						() HIPERTERMIA		() REALIZAR INSCRIÇÃO DE CONFORTO	
PRESENÇA DE SANGUE						() HIPOTERMIA		() ESTIMULAR REALIZAÇÃO	
PRESENÇA DE BILHES						() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
PRESENÇA DE MUCOSAS									

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	3/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% FV 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				Ratão
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, DEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120/70	75	18	—	r	—
12 H	120/70	77	18	36.6	+	+
18 H	120/70	71	19	35.6	+	+
24 H	130/80	74	19	—	+	+

DE DEX

14hs → 150 mg/dl

Concentração de glicose
130 mg/dl
CONCENTRAÇÃO DE Glicose

DEXTRO → 330 mg/dl

DEXTRO 6:00 144 mg/dl

Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO
 DATA: _____ HORA: _____
 TARDE: _____

ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ HORA: _____
 TARDE: _____

Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO
 DATA: _____ HORA: _____
 TARDE: _____

ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 DATA: _____ HORA: _____
 TARDE: _____

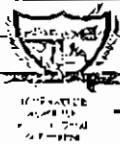
Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

Recebido no posto de atendimento, com
 exame realizado e curativo efetuado,
 e prescrição de antibiótico e analgésico.
 Com evolução satisfatória.

ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO DE 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	4/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
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				5am
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	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				sn
14	CURATIVO DIARIO				sn
15	DEXTRO 8/8HS				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 DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BFG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Eldar Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1328/RR

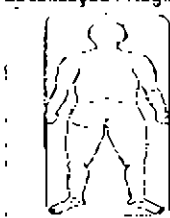
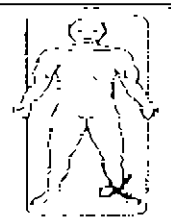
	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				36.5°C
6 H	110/70	64	20	
12 H	130/70	70	19	36.5°C
18 H	100/60	73	19	36.7°
24 H	110/70	85	20	36.5°C

DEXTRO
18hs
-
-

199 mg/dl 24h
 118 mg/dl 06h

134mg/dl

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

Nome: João Teodoro			
DATA: 14/03/19	Localização / Região		DATA:
GRAU - I			GRAU - I
GRAU - II			GRAU - II
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra _____ Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra _____ Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem escarado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Medicamento da Ferida	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea
Características do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira da lesão <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira da lesão <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Características de Exsudato	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Calor / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Calor / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Medicamento para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra _____ <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> AGF <input type="checkbox"/> Outra _____		<input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra _____ <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> AGF <input type="checkbox"/> Outra _____
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Direto na lesão		<input type="checkbox"/> Direto na lesão
Medo do curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09.01 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Assinatura da Próxima troca	12/03/19 01- Valda Carlos da Silva Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547 02-		01- <input type="checkbox"/> 02- <input type="checkbox"/>
Assinatura e Assinatura	Elza Lima Enfermeira COREN - RR 366833		OBS:

HO Indiano a Janajolo

DATA: 22/03/13 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 • ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE						LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL		DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL		DATA			
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA:					
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA:					
SONDA NASENTERAL	SIM () NÃO (X)	DATA:					
DRENOS?	SIM (X) NÃO ()	QUAL?					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1- FERIMENTO 2- ABASSÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA							
OBS: _____							
TORÁC E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOZ INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: (X) EUFÔNICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚLTIPLAS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS							
CIRCULAÇÃO/ COZ DA PELE/MUCOSAS:							
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICHA () CÂNOTICA () ACIANÔTICA () AGCOCIANOTICA TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCARDÍACO () ARRIARRÍTMICO () PARADOXAL () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
ABDOMEN: (X) DUREZA () FLACCIDO () PAUCITÁNTO () STADIAUTOGÊNICO () RUÍDO () MURMÚRIO () PAINEL: () DUREZA () MOLEZA () TENDRO () LINDO () DUREZA () MOLEZA () PAINEL: () DUREZA () MOLEZA () TENDRO () LINDO () DUREZA () MOLEZA ()							
DIAGNÓSTICO							
() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCÇA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA MALNUTRIÇÃO () DESQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE (X) RISCO PARA QUEDAS () RISCO PARA LESÃO () AUTODESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DEFICIT DO AUTO-CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA UNICO ASPIRAÇÃO () DCR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INESTABILIDADE DA PELE PREJUDICADA () DOR () DOR							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							
() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS (X) VERIFICAR SIGNAIS VITAIS DE 2 em 4 h () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VIAS TOT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA (X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉGICAS (X) ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO NE RUFERICA (X) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE ____ h () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. (X) EVALUAR E REGISTRAR EDEMAS (X) EVALUAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR A REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS ____ h () REALIZAR DEXTRO ____ h (X) ENCERRAR NO BANHO DE ASPERSÃO (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LETO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ h (X) REALIZAR CURATIVO DIAID () PREFARMAS PARA EXAMES EM: () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULACAO () OBSERVAR E INTERVENIR EM QUAQUER ALTERAÇÃO () OBSERVAR							



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	6/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manuten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H 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				OS
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

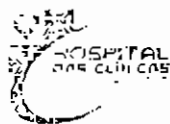
Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1328/RR

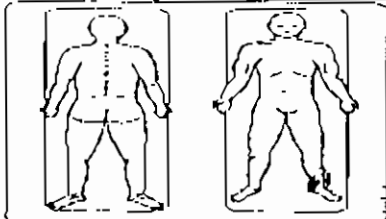
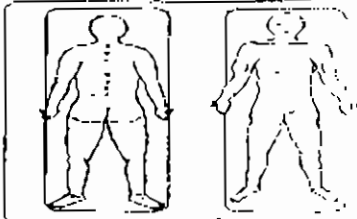
	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	114/70	67	-	36°C	132 mg/dl
12 H	142/87	77	20	36	
18 H	151/90	77	20	35.6°C	
24 H	125/85	66	20	36°C	

14.00 deca 185mg/dl.

22.4 e-Licença 30/04/2019
Ferre 6.01 14.00 20.00

06.00 deca

	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 dos Santos</u>				
DATA: <u>13/03/19</u> <input checked="" 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"/> Neoplásica <input checked="" 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"/> Neoplásica <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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		
Deor.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input 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 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 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 ao leito)	<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:	<u>Manhã 08:30</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:	<u>14/03/19</u>			
Em caso de + de 24hs	<u>Verificar</u>			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	Valerice 02-	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Elza Maria Enfermeira CRP-PR 366839			
OBS:		OBS:		

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

10

HD

LEITO 235

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESIONES									
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO (X)</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM (X) NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA		
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA										
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA										
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____ SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: _____ SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____ DRENOS: SIM (X) NÃO () QUAL? _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:													
1-FERIMENTO 2-ABRÃO 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: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____													
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICA () ASSIMÉTRICA DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚTICA () TAQUIPNEÚTICA () BRADIPNEÚTICA () DISTENCO MÚSCULOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: SHUNTADA: () ÚMIDA () DESHIDRATADA () 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: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MOLE PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA													
APARELHO GENITOURINÁRIO/OUÍRESE: ESPERTANHA: () ESTIMULADA () DISTOICOMIA () SVZ () UMIPIA () CONCENTRADA GLICEMIA: () GLICEMIA () GLICEMIA () POLIURIA () DISURIA () ANÚRIA													
DIAGNÓSTICO () RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA (X) ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO (X) DESEQUILIBRADA (X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE (X) RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DEFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO () OUTROS: _____				PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TOT () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS (X) ATENTAR PARA Quedas E ALGECAS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA (X) MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ 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 () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H () REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEMARCAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS: _____									

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AMUTUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA 11/07/07 HORA 11:00	MANHÃ:	DATA 11/07/07 HORA 11:00
<p>Paciente admitido neste quarto, alergia falsa, náuseas e vômitos em 1ª semana na internação. Temor físico e moral.</p> <p>ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA 11/07/07 HORA 15:00</p>	<p>ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA 11/07/07 HORA 15:00</p>	<p>Sintetizando: Segue em cuidado de enfermagem</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA 11/07/07 HORA 15:00</p>	<p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA 11/07/07 HORA 15:00</p>

Relatório de estágio em enfermagem, realizado durante o estágio, com o objetivo de avaliar a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência, observando a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência, observando a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência.

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Relatório de estágio em enfermagem, realizado durante o estágio, com o objetivo de avaliar a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência, observando a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência.

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Relatório de estágio em enfermagem, realizado durante o estágio, com o objetivo de avaliar a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência, observando a atuação do enfermeiro em uma unidade de emergência.

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM



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	5/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				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				Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 UI, 251-300 UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

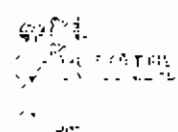
PACIENTE ESTÁVEL F SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

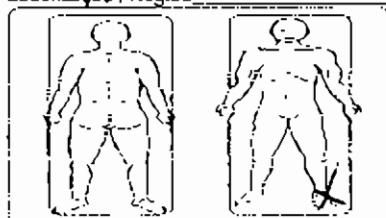
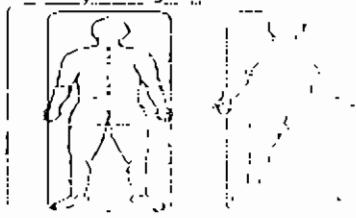
	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	118x79	68	18	36.7	+	128 mg/dL glicose
12 H	130x80	61	20	36.6	+	+
18 H	150x80	82	19	36.5	+	+
24 H	150x73	73	20	36.7	+	+

14/7/2019 DEXTRO 173 mg/dL

14/7/2019 272 mg/dL

Dr. João Teodoro dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.165 ROR

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

NOME: <u>Jonão Teodoro dos Santos</u>				
DATA: <u>12/03/19</u> GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia: Lavagem da Ferida: Aparência do Leito: Quantidade de Exsudato: Tipo de exsudato: Dor: Odeor: Condição da pele Perifoneal: Solução para limpeza: Cobertura primária: Curativo direto na lesão: Tipo de curativo: Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs: Assinatura e Assinatura: em informática	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV - <input checked="" type="checkbox"/> Varicela <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Isotiza Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Focido de granulação <input type="checkbox"/> com escaroto <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGF <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Mordida <input checked="" type="checkbox"/> Mancha <input type="checkbox"/> Tarde <u>13/03/19</u> Dr. <u>Valdo Cardoso da Silva</u> 02- Enfermeiro COREN-RO 000401547 <u>Elizângela Lima</u> Enfermeira COREN/RO 356034	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV - <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Isotiza Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Focido de granulação <input type="checkbox"/> com escaroto <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 <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 <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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"/> AGF <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Mordida <input type="checkbox"/> Tarde 01- _____ 02- _____	OBS:	

OBS: Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conselho de Soluções Programáticas.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SINTESE SISTEMATIZADA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Yara de Oliveira Costa ID: 335

DATA: 12/03/15 SEXO: X (M) (F) IDADE: 33 ANOS PESO: 55 KG. LITRO: 33 L

ALERGICO? Não

EXAME FÍSICO DO PACIENTE LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

DRENOS: SIM () NÃO (X) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉRIAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CATEGORIA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIMAS ALGICAS

DIAGNÓSTICO

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTÍMULA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PACIENTE DIFICIL

DIAGNÓSTICO

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DRENAGEM

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTÍMULA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO CUIDADO

DIAGNÓSTICO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PACIENTE DIFICIL

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DRENAGEM

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTÍMULA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

MANHÃ:	TVO. UNÇÃO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA	MANHÃ:	NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	DATA	HORA
--------	--------------------------	------	------	--------	----------------------------------	------	------

Resposta: Atividade, com guias. O Sica
na hora houve a visita, obtendo para
suas funções para o dia seguinte.

ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO:
DATA / / HORA

TARDE:	ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO:
DATA / / HORA	

sem intervenção

TARDE:	ASS. E CARIMBO: TEC ENFERMAGEM:
DATA / / HORA	

Síntese de atividades; Segue as
unidades de enfermagem.

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

paciente no leito, comente, atendido
No momento se guias. Administrado
medicação de rotina; segue com unidades
da Equipe

Ass. E Carimbo



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 TORNÓZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	7/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTEN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
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 8/8 H				ROTTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:


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

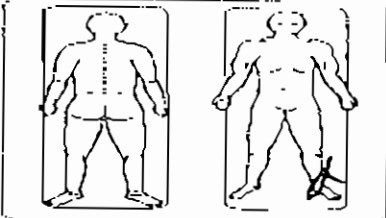

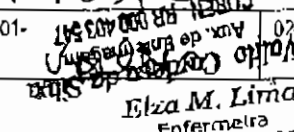
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	132x90	63	20	36.38	+	8
12 H	132x90	79	20	36.4	+	0
18 H	138x88	72	20	36.4	+	+
24 H	130x70	62	20	36.38	+	+

Dextro 14:00 → 181 mg/dl
Dextro 22:00 → 254 mg/dl → Realizar correção.
Dextro 06:00 → 201 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da 1ª Laboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		INF/LEITO: 329		

Nome: João Tirolino dos Santos			
DATA: 14/03/19 <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 checked="" 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		
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com eszelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> 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 4 de 24hs	15/03/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 	02-	02-
OBS:		OBS:	

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

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

NOME: SEBASTIÃO DO CARLOS DOS SANTOS HD 328
 DATA: 14/03/13 SEXO: M () F IDADE 328 PESO 70 KG. LETO 328 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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? DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () 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: () NORMAL () DIMINUÍDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍSSIMO
 OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS AUMENTADOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCUNSCRIÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUJORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VÍCIO PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () PNEUMA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS:

() ESPONTANEA () ESTIMULADA () CISTOSCOPIA () SVD () LIMPEZA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚRIA () COLISÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 Desequilíbrio
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
 TERAPÊUTICO
 () DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS
 AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
 () OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TOT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIMAS 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: H
 () REALIZAR DENTRO / HORAS
 () ENCAMINHAR AO DANO DE ASPERÇÃO
 () 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:

14/03/2013
 14/03/2013
 14/03/2013

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGULIN

nome do paciente: Luciane dos Santos

id: 5 natural

MT E

DATA:

04

SENO. XOL. n.º 303 - 304

ÁREA DE CUIDADO

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

		4	3	2	1	SOMATÓRIO
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1	
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/ceteter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/ceteter 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	Movimentação todos os segmentos corporais	1	
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Autônomo	1	
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	1	
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	1	
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de conduto ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	1	
Terapêutica	Uso de drogas vasculares	E.V. contínua ou através de SNG/SNE	E.V. intermitente	1 M ou V.O	1	
TOTAL: 43						

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro do profissional

Assinatura do enfermeiro

Complexidade Assistencial: Por

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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	8/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manhã
3	CÉFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML 5% 0.9% EV 8/8h SN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMÉPRAZOL 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					Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					ob
15	DEXTRO 8/8HS					ob
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					ob
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250.					
20	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:

BEG

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	132x83	72	18	36.0	+	+
12H	130x80	74	19	35.4	+	+
18H	151x98	75	19	36.2	+	+
24H	144x79	75	18	35.9	+	+

Dextro 14hs 182 mg/dl — Glucose
 — 22h 299 mg/dl — Glucose
 — 06h 337 mg/dl — Glucose

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/RB 1615
 RQE 684

22:00hs paciente
 recebeu a admn
 tirada de insul
 @ 18h. super
 que ya tomou
 metformina.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

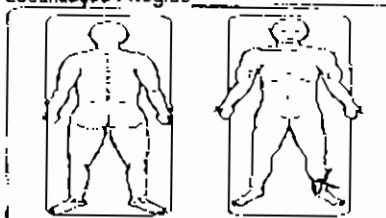
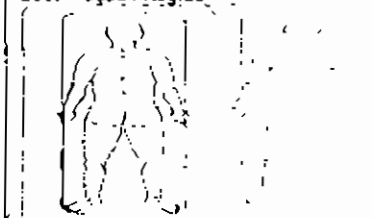
Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração
Fevereiro 2011

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 15/03/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
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 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 escalo <input type="checkbox"/> tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Odor:	<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 háira 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 háira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Ruivo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Ruivo <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 checked="" type="checkbox"/> D. Tópico	<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	16/03/19		
Carimbo e ass. ficc. em Enfermagem	01- Valdo Cardoso da Silva Enfermeiro COREN-PR 403.547 02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Elza Lima Enfermeira COREN/PR 365939		
OBS:		OBS	

THE

工

PESO _____ KG.

LETO 5.25

■ **ALÉRGICO?**

[illegible]

Raizinha estável, sem guirra ciliada
 Sem hiperconúctico, neta neta
 Admto ou febre, obedecendo bem
 função fisiológica normal

COPIAR

ASS. E CARIMBO, ENFERMEIRO:

TARDE DATA 19/02/2020 HORA 12:00

Faciente em guirra alba, Reduzido
 SVO e PM. Segue aos cuidados
 do enfermeiro

COPIAR

ASS. E CARIMBO, TEC. ENFERMAGEM:

TARDE DATA 19/02/2020 HORA 12:00

Posição no leito, com punção de sangue
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra para o momento, Guirra alba
 e a guirra alba e mudas
 de alba alba de F. normal

COPIAR

ASS. E CARIMBO, TEC. ENFERMAGEM:

NOTA DATA 19/02/2020 HORA 12:00

Os dados de evolução, guirra alba
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue

COPIAR

ASS. E CARIMBO, ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO, ENFERMEIRO:

TARDE DATA 19/02/2020 HORA 12:00

Existe no leito, guirra alba
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue
 guirra alba, mantida, não segue

COPIAR

ASS. E CARIMBO, TEC. ENFERMAGEM:

NOTA DATA 19/02/2020 HORA 12:00

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	9/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				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				Patina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				14
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

BEG.

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RB 1015
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x80	70	17	36,50	-	-
12H	110x80	94	18	37,18	+	+
18H	100x80	70	17	36,60	-	-
24H	120x80	73	17	36,2	-	-

1.2. DETRAO 149 mg/dl

2.2. DETRAO 116 mg/dl


3.2. DETRAO 91 mg/dl

NOME: JDos F. dos Santos ID: 329 SEXO: BM () F IDADE: 329 PESO: 70 KG: 70 LETO: 329 ALÉRGICO? ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CÂTETERES 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 type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENERMENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> OEDOCSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTO ESTIMA 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 type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> OGLUTIÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> RISCO CARDÍACO MINIMIZADO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ 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 type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H <input type="checkbox"/> OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALUAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSOÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA. <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ N <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____ / ____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: ____ <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS:	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO OUTRA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA PSÍCOQ/ 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 () POUQUÍVEL () PRECÁRIA OBS: _____						1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO OUTRA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA PSÍCOQ/ 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 () POUQUÍVEL () PRECÁRIA OBS: _____		1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO OUTRA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA PSÍCOQ/ 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 () POUQUÍVEL () PRECÁRIA OBS: _____	
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚLTIPLOS VESIGULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTÉRTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HÍFOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMAL/CÁNDIDO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICIONAL () DESNUTRIDO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () LACIDO () DISTENSO () TENSO () MOLE () DUREZA ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ C/ SÍMBOLOS () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENIA APARELHO GENITURINÁRIO/ D/ MEST () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO				TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚLTIPLOS VESIGULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTÉRTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HÍFOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMAL/CÁNDIDO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICIONAL () DESNUTRIDO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () LACIDO () DISTENSO () TENSO () MOLE () DUREZA ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ C/ SÍMBOLOS () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENIA APARELHO GENITURINÁRIO/ D/ MEST () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO		TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚLTIPLOS VESIGULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTÉRTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HÍFOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMAL/CÁNDIDO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICIONAL () DESNUTRIDO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () LACIDO () DISTENSO () TENSO () MOLE () DUREZA ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ C/ SÍMBOLOS () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENIA APARELHO GENITURINÁRIO/ D/ MEST () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () NORMAL () TESTÍCULO () CISTICOVULVA () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO () VAGINA () UTERO			

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ:	DATA	HORA	MANHÃ:	DATA	HORA
<p>06/03/19 9:50 V - EST. ALERTA, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, COMUNICA-SE GERALMENTE, NENH. ALG. EST. EST. S. INTERCORRÊNCIA.</p> <p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>MANHÃ:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>				
<p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>MANHÃ:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>				

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALÉRGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	10/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5m
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				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 6/8 H				Rolover
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				4x
15	DEXTRO 12/12HS				12/12
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				


EVOLUÇÃO MÉDICA:

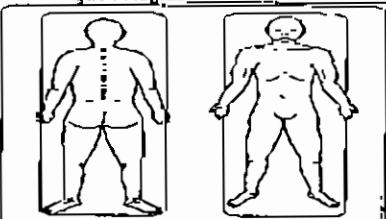
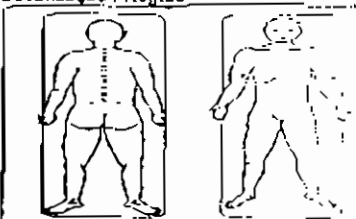
Não entra no leito

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120x80	90	18	36,6	-	1
12H	130x90	82	22	37,0	+	+
18H	140x80	93	18	36,0	-	+
24H	130x80	70	18	36,2	-	+

*Leve a acaloria -
de 238 mg/dl.*

	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: 03/04/19 <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:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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"/> 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"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Cor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" 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 Periférica:	<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 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	10/04/19			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Valdeci Cardoso da Silva Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 537		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.

NOME:

Paulo Roberto do Santos

HD

329

DATA:

17/03/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:

SONDA NASOBIBULAR	SIM () NÃO ()	DATA:
DRENOST	SIM () NÃO ()	QUAL?



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () 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 () OBTURADAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍSSIMO

PRECAÇÃO

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

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

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA

() CIANÓTICA () ACANOTICA () MACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

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

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

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO

FLÁCIDA () AUSENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () ITÍLICO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EMISSÕES:

() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MEL ENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ DUREZA:

() PENENO DUREZA () ESTIMULADA () DISTONDA () SVO

() DUREZA () CO DUREZA () DUREZA () DUREZA

() DUREZA () DUREZA () DUREZA () DUREZA

() 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

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TQT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERUSÃO 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETACÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS

() REALIZAR DEXTRO

() ENCAMINHAR AO DANO DE ASPERAÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO


() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

JOÃO

329

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	11/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SUN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SU
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				7/1
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				8/6
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolme
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SU
14	CURATIVO DIÁRIO				11/12
15	DÉXTRO 12/12HS				11/12
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x76	93	20	36,5	-	+
12H	120x80	98	18	37,4	+	+
18H	120x80	101		36,5	-	+
24H	120/85	100	20	36,0	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RN 1615
RCE 684

Téc. Responsável: Luciana
Marta Luzia da S. Lima
Téc. de Enfermagem
CORAM-RN 297.946


Marta Luzia da S. Lima
Téc. de Enfermagem
CORAM-RN 297.945

OG de 100 mg/kg/100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Barbara Leonardo dos Santos ID: _____

DATA: 18/03/19 SEXO: DM () 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"/> TOCA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA 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"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGRADAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> OUTROS:				<input type="checkbox"/> MANter VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H <input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANter CABEÇA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TQT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES. <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACERTADAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANter JEJUM A PARTIR DAS: ____ H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: ____ <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONORTEO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS	

Barbara Leonardo
Enfermeira

[illegible]

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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	12/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					Sal
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SU
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OIJ PAD > 110 MMMHG					SU
14	CURATIVO DIÁRIO					M
15	DEXTRO 12/12HS					18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250:					
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI DE OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Don - anho 6

Sal Rx.

DEKRO

sol 99 mg/l

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112x85	66	20	36.4	+	+
12H	120x80	104	20	37.0	+	+
18H	130x80	90		36.5		
24H	150x80	78	20	36.4	-	+

Dextro - 170 mg/dL

DR. PEDRO DE
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Daniela da S. Palmeira
Téc em Enfermagem
Coram-RR 437410 TE

Daniela da S. Palmeira
Téc em Enfermagem
Coram-RR 437410 TE

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

NOME: JOÃO CARLOS DOS SANTOS HD 325
 DATA: 25/03/88 SEXO: () M () F IDADE 32 PESO 70 KG. LEITO 325 • ALÉRGICO ? _____



EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						<input type="checkbox"/> RISCO DE INEFCÁCIA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GÁSOSA PREJUDICADA <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> RADICA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOTESTIMUNHO 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"/> 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"/> DENTO CARIÓTIPO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>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 CONSCÊNCIA <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 PERVIOS <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 JEJUM A PARTIR DAS <u>___</u> h <input type="checkbox"/> REALIZAR DENTRO <u>___</u> / <u>___</u> HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <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: _____	
EXAME FÍSICO DO PACIENTE 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>GRAU I</u> / <u>GRAU II</u> / <u>GRAU III</u> CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: ANORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ANORMAL () NORMAL () DIMINUIDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL RAZÓVEL () PRECÁRIA OBS: _____ TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM NÃO FREQUÊNCIA: 48 EQUIPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSES: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: QUADRICULADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA TEMPERATURA DA PELE: 40 NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () PLÁFORME PULSO: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: <u>FREQUÊNCIAS</u> APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: <u>0</u> NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILECA APARELHO GENITURINÁRIO/URINÁRIO: NÃO ESORTÂNIA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD <u>1</u> LIMPIDA () CONGECIONADA () HEMATURIA () COLÚMICA () OLIGÚRIA () POLÚRIA <u>2</u> DISURIA () ANÚRIA									

Assinatura do Enfermeiro

 Data: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00

Paciente estável com febre, após
 receber medicação. Vem sendo
 alimentado com leite materno. Sem
 sinais de desidratação. Funções
 vitais estáveis.

Paciente em boas condições. Vem
 sendo alimentado com leite
 materno. Sem sinais de desidratação.

TARDE: ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO:
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00


ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00

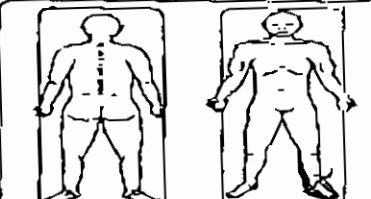
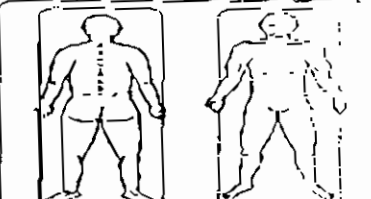
NOTA: ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO:
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00

NOTA: ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 01/03/2013 HORA: 13:00

ASS. E CARIÓTIPO: ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO: TÉCNICO ENFERMAGEM:

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 324		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 30/03/19 <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"/> Escala		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"/> Escala	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com estacão <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacão <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 da exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		Tipo da exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Colagenase</i>		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 10:06 <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs 30/03/19			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- <i>Elizandra Lima</i> Enfermeira COREN/RR 266839		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.

JOÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	13/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				TRUSS
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
16	DEXTRÔ 12/12HS				
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
19	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA				
20	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250;				
	2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400;				
	10 UI E OU GLICOSE 570 U/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

HC

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Lucio Medeiros

Pelo 15-04-19

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H						
24H						

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

NOME: SOA DO ANTONIO HO 05/01/2019

DATA: 20/03/19 SEXO: (M) M (F) F IDADE: 32

PESO 60 KG.

LEITO 329

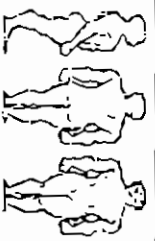
• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO (X)		DATA:	
DRENOS? SIM (X) NÃO ()		QUAL?	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

(X) ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESCULPADA

(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DEOBSTRUÇÃO 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

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DEBILIDADE CARDÍACA DIMINUIDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 10/16 H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

(X) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ATRAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS: 14 H

() REALIZAR DEXTRO 1 HORAS

(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 1 H

(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS:

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- 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 () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) PÉRVIA () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

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

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA

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

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: 1 FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIVE PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS


(X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

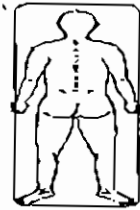
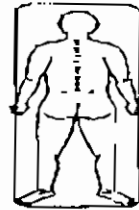
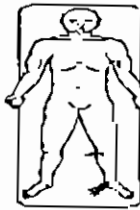
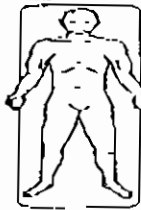
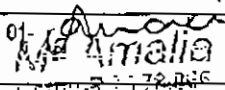
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA

() URINÁRIA () CALÍCICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

COPIA

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

Nome: <u>Sérgio Teodoro</u>					
DATA:	Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
GRAU - I			GRAU - I		
GRAU - II			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		
Experiência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		
Or	<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 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: _____		
Medicação 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: Sem caso do * de 24hs					
Carimbo e Ass. do Enfermeiro	01-  02- _____ DATA: 01/02/2013		01- _____ 02- _____		
OBS:		OBS:			

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

Unidade Médica
15/04/19

LM
JOÃO

#Prescrição
suave
em 02/04/19 -
02:00h

Enfermeira
Thalita Oliveira de Almeida
COFEN-RR 323860 ENF

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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	14/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H SN					
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					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 8/8 H					Rolna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG SN					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	DEXTRO 12/12HS					18/06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	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:

Pontos de atenção médica.

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120x90	86	-	35	+	+
12H	Licença médica					
18H						
24H	120x90	89	18	-	+	+

— 22 —

H

- **ALERGICO ?**

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 h
() MANTER MONITORIZAÇÃO

2. MANTER CADECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS / TQT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ASENTAR PARA QUEIXAS AGUDAS
() TENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERDURA PERIFÉRICA

3. MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE h
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

4. VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR AGENÇÃO DA DIETA

5. MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: h
() REALIZAR DE DEXTRO / HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR ALTOCUBADO
() PENALIZAR DANOS MILETTO

6. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DÉCUBITO h
() REALIZAR CURATIVO DÍRIGIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REAIZAR - GINQUE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DE MANUTENÇÃO
() LUBRIFICAR - GINQUE DE CONFORTO
() AVALIAR DÍRIGIO

7. AVALIAR DÍRIGIO

1875

Summary

THE SCOTLAND FISHING & FARMING COMPANY, LTD.

Segunda vez. De la casa de Genaro Colado
estaba en ruina. Consta en el expediente
que descubierta do tiene. Sin embargo
nada de las noticias o remedia de donde
ocurrido han para fines de este proceso
semanal.

ASS. E CARIMBO - FUNDEMEIRO

DATA / MONTH

TARDE-

762

DATA_

~~HRAY~~ 103103

Passate il tempo, non perdersi
a casa di vostra madre.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIROS

DATA	HORA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

NOTE:

DATE 2/22 HOUR 11:00

ASS. ECA:IMBO- IEC ENFERMAGEM

Faculdade SLL + medicina
C.P.M. - 3ª interseção, segue
ao lado do monumento

9

[illegible]

AS5 = CALIBRATED TEST FERMAGLE

Ola, documento adaptado da Secretaria Municipal de Saude de Rio Branco e ConaFet, Salubrious Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

329

JOÃO

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	15/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN				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				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 12/12HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:					
BEG					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112/75	78	20	37.0	+	+
12H	120/80	76	20	37.0	+	+
18H	120/80	72	18	36.8	-	+
24H	115/75	73	20	36.5	+	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R-1615
RQE 684

Croce + Amila
06:00h 128 mg/dl

Maria Jozia da S. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 297.845

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

NOME:

Sônia Roberto dos Santos

HD

DATA:

22/03/25

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

228

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____

DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SEHAISES

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 () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO
FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/DOR DA PELE/MUCOSAS:

MOISTURADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () TORADA () HIPOCORPADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () ARITMICO () ARITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL
FREQUÊNCIA: _____
APETITE: ☒ NORMAL () AUMENTADO () DIMINUIDO () AUSENTE () PRESENTES ABDOME: () FLAC () TENS () DUREZA () VANG FALCADO

LESIONES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() RISCO PARA A QUEDA
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SOVO PREJUDICADO
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
() CUIDADO PREJUDICADO
() CUIDADO PREJUDICADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12/12 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS TTOT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIMAS ALCÓOLICAS
() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 12/12 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 12/12 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLEIRANCIA A ALIMENTAÇÃO
() OUTROS

22/03/25

[illegible][illegible]



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

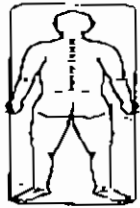

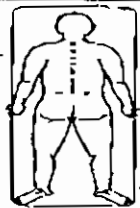
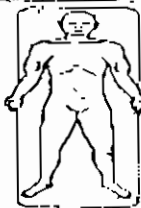
Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329


Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 22/08/13	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 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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguineo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguineo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input 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 type="checkbox"/> Macerada <input checked="" 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: <i>hidrogel</i>	<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 10:12 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	23/08/13		
Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>Elaine Lopes</i> COREN-PA 937.956-17	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS:

OBS:

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	16/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SAV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				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 8/6 H				Ratm
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRÔ 12/12HS				18.00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				21.00
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

BEG.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
17.09.6H	110/70	77	19	36.4	-	-
12H	130/80	77	17	36.9	+	+
18H						
24H	106/65	77	19	36.4	+	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Dextro 18hs -> 138 mg/dl
 24hs -> 193 mg/dl
 17.09.6h Dextro 118 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NGME: 3010 João Carlos dos Santos HD: _____

DATA: 26/04/13 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 328 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO ☒ DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO ☒ QUAL? _____

LESÕES

(Handwritten notes and diagrams of lesions)

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 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

CADELA PISCOLO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ INCONSCIENTE () INCONSCIENTE () SECO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERTEVITAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORADA
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

☒ HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: ☒ NÚNCIOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL/CÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A.: () ABSENTES () PRESENTES ADDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELFENA

APARELHO GASTROINTESTINAL/OUTROS:

☒ SPONTÂNEA () ESTIMULADA () CLÓSTOMIA () NASAL () ORAL () VAGINAL () RECTAL () OUTROS

DIAGNÓSTICO


() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() AUTOGESTIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPERTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() D.D.T.O. CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORAÇÃO
() MANTER CIRCULATÓRIA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS 7/7
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENDER 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: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENF:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULADO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA/HORA	MANHÃ:	DATA/HORA
<p>Realizada no quarto, observando, que o doente apresenta sinais de desidratação, hipotensão / MAP 70/40 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, sem febre, não há náuseas e vômitos. Sem alterações na inspeção da pele e mucosas.</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Paciente orientado, sem queixas, reatado SSV e prp. Segue aos cuidados da equipe.</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>
<p>Realizada no quarto, observando, que o doente apresenta sinais de desidratação, hipotensão / MAP 70/40 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, sem febre, não há náuseas e vômitos. Sem alterações na inspeção da pele e mucosas.</p> <p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Paciente orientado, sem queixas, reatado SSV e prp. Segue aos cuidados da equipe.</p> <p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Ass: E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>

JOÃO 14-05-19. Tendo

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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	17/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				Sn
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				Sn
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Sn
8	OMÉPRAZOL 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				Rolino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 L/OU PAD > 110 MMMHG				Sn
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 12/12HS				28 de
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

HC

329

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG


SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x80	81	23	36°C	+	+
12H	120x90	80	27	36.9°C	+	+
18H	120x80	78	18	37°C	+	+
24H	137x85	67	20	36°C	+	+

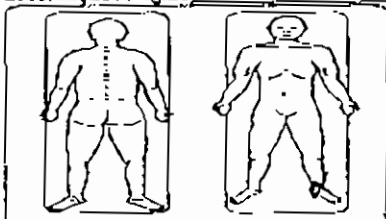
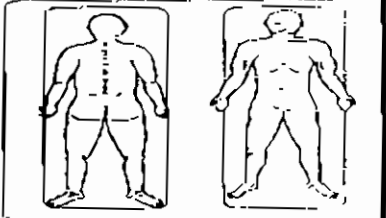
DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18-h Dextro 2181 mg

10-h Dextro 136 mg

Magina da Silva Rocha
RQE 684
CRM/RR 551 943

	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 dos Santos</u>			
DATA: <u>17/04/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
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 type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 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 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:	<u>18/04/19</u>		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Valdo Chagas Silva</u> Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

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

NOME: _____

HD _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG _____

LEITO _____

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA 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: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRICAS () DIMINuíDA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

GR5: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRACIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MÚRMURIDOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIJOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS _____

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () UMÍDIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

PULSO: () NORMALCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ABDOMEN: () SOFLENTE () PRESENTE () AUSENTE () ESTENDIDO () TÍNSO () AGUDO () VAGUE PÁLIDAVEL

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

ELIMINAÇÃO DE URÍNIAS/FEZES/URÍNIAS: () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES () PRESENTES () AUSENTES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCADEQUIDADE DE MANUTER

() 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

() AUTOESTIMIA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() Hipertermia

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() FALHA DO SONO PREJUDICADO

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

() INTERFERÊNCIA NA PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

() ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

() DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTERFERÊNCIA A

() ATIVIDADE - SICA

() OUTRAS

MATERIAL

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 10/01/2017

MATERIAL

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 10/01/2017

Paciente estável, dorme bem. Elektro-
cardiograma normal, ritmo regular, sem
alterações. Não há sinais de desidratação.
Sinais vitais normais. Sem alterações.
Ass. e Carimbo - Enfermeiro

TARDE:

DATA: 10/01/2017

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

Paciente estável, sem alterações.
Realizado 55 IV após seguir as
orientações da equipe.

Ass. e Carimbo -
Téc. Enfermagem

TARDE:

15:30

DATA: 10/01/2017

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Paciente em repouso com gases
tec. 1000

Ass. e Carimbo -
Téc. Enfermagem

NOITE:

DATA: 10/01/2017

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE:

DATA: 10/01/2017

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

Paciente em repouso, sem alterações.
Realizado 55 IV após seguir as
orientações da equipe.

Ass. e Carimbo -
Téc. Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				HC
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP		
IDADE		LEITO	329	DATA	18/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					3a
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					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	SSV + CCGG 6/6 H					Ratino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					U1
15	DEXTRO 12/12HS					18 E 6
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					18
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	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:

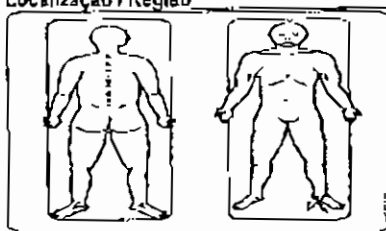
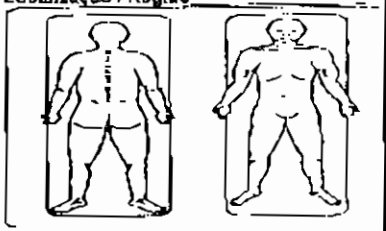
BEG

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/82	95	20	36.2	-	+
12H	130/90	100	20	36.6	-	+
18H	204/20	87	18	36.6	+	+
24H	120/80	77	20	36.1	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18/04/2019
06/10/2019

	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: 18.04.19 <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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
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 type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:	
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"/> Outra:	<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"/> Outra:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da próxima troca:	01-02-2019		
Em caso de + de 24hs	01-02-2019		
Imbo a ass. ec. em Enfermagem	01-02-2019		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Assinatura: André Gomes Gonzaga COREN RR 630 658		
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Urubici e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 62 ml mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	19/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				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				SN
10	SSVV + CCGG 8/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG SN				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				(48) (20)
15	DEXTRO 12/12HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

BCC

Paciente de Licença médica

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	Licença médica					
12H	Licença médica					
18H	Licença médica					
24H	Licença médica					

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

Nome: <u>Geane Teodoro dos Santos</u>		<u>19/07/89</u>	
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input checked="" 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	
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 type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
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 Perifereal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input checked="" 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca; Em caso de 4 de 24hs	<u>02/08/89</u>		
Trabalho e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Geane Teodoro dos Santos</u> BTE - Tec. Enfermagem COREN-RR 051.103.673	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>		
OBS	OBS		

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Paulo Roberto de Jesus SEXO: M () F IDADE: 30 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 30/09 HD: 30/09 • ALÉRGICO? NÃO

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 ()	LOCAL	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
DRENOS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- EMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPLITUDE
CICATRIZ POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: 30/09

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () XEROTICA
() CÂNOTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
G.Á. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGU PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: DIARREIA () NORMAIS () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELHIA

APARELHO GENITURINÁRIO/ DRENOS

ESPERMA: () ESTIMULADA () OBSTRUIDA () SEM
URINA: () NORMAL () OBSTRUIDA () PRECÁRIA () ANORMAL

LESÕES

DIAGNÓSTICO


() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 30/09 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABEÇA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 30/09 H
() OBSERVAR COMUNICAÇÃO 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: 30/09 H
() REALIZAR DEXTRO 30/09 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 30/09 H
() PREPARAR PARA EXAMES EM 30/09 H
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTE
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		EVOLUÇÃO DO TÉCNICO	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
<p>De 08:00 às 12:00 horas - Sessão de fisioterapia respiratória com fisioterapia manual e uso de aparelho de nebulização. Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core. Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core. Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>12:00 - 13:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>13:00 - 14:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>14:00 - 15:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>15:00 - 16:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>16:00 - 17:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>17:00 - 18:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>18:00 - 19:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>19:00 - 20:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>20:00 - 21:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>21:00 - 22:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>22:00 - 23:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>23:00 - 00:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p>	<p>De 08:00 às 12:00 horas - Sessão de fisioterapia respiratória com fisioterapia manual e uso de aparelho de nebulização. Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core. Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>12:00 - 13:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>13:00 - 14:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>14:00 - 15:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>15:00 - 16:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>16:00 - 17:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>17:00 - 18:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>18:00 - 19:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>19:00 - 20:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>20:00 - 21:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>21:00 - 22:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>22:00 - 23:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p> <p>23:00 - 00:00 horas - Sessão de fisioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do core.</p>		
<p>NOTA: _____</p> <p>DATA: _____</p> <p>HORA: _____</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOTA: _____</p> <p>DATA: _____</p> <p>HORA: _____</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>		

JOÃO

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							HC
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP			
IDADE		LEITO	329	DATA	20/4/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Manter	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					S/N	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					CG	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					S/N	
14	CURATIVO DIÁRIO						
15	DEXTRO 12/12HS					18h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20h	
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA						
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:						
20	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:							

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H						
24H	120/80	90	18	36.5		

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

HD _____

DATA: 21/05/2019

SEXO: F

IDADE _____

PESO _____

KG. _____

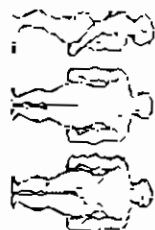
LEITO 329

ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETES E SONDAS

CATER central	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
SONDA NASOGASTRICA: SIM (X) NÃO ()	DATA: _____		
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____		



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIVRESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () JUMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () ISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilibrada
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() 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: _____


PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() ASPIRAR VIAS TÍT _____
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERÍSSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETACÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENV: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS: _____

MANHÃ	EVOLUÇÃO DO PACIENTE	MANHÃ	PLANO DE TRATAMENTO
DATA	HORA	DATA	HORA
21/01/19	19	21/01/19	19
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
<p>1º ao 2º dia de internação. Agradecimento ao médico, enfermeiro e equipe de enfermagem. Agradecimento ao médico, enfermeiro e equipe de enfermagem. Agradecimento ao médico, enfermeiro e equipe de enfermagem.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>

JOÃO

329

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP		
IDADE		LEITO	329	DATA	22/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					5M
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06h
9	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS > 160 E/OI PAD > 110 MMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					14h
15	DÉXTRO 12/12HS					18h 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20h
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250.					
20	2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400:					
	10 UIE OU GLICOSE ≤ 70*DL/ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:


SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	114/70	70	17	36.5	-	1
12H	140/79	75	17	36.5	+	+
18H	134/70	77	18	36.8	-	+
24H	120/70	73	18	36.3	-	+

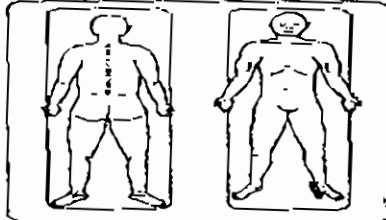
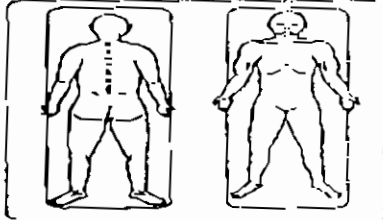
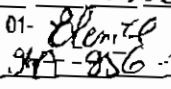
Dr. Odinachi Okeke
 Médico Especialista
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 165174

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

déxtro 135 mg/dl.
 06h Déxtro 134 mg/dl

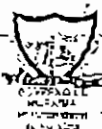
3B

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 324		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 23/04/19 <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 checked="" type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
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 type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Neomax	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 08:24 <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	23/04/19	Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  02-	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		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 avaliadas separadamente.

[illegible]



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	23/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				Sau
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				Su
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				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				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG				Su
14	CURATIVO DIARIO				Su
15	DEXTRO 8/8HS				Su
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				Su
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
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1824/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	120/80	78	20	36,5
12 H	120/80	87	19	36,5°C
18 H	130/90	77	19	36,0°C
24 H	120/80	68	20	36,3

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h 103 mg/ce

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1

Versão 0

Data: 23/04/19

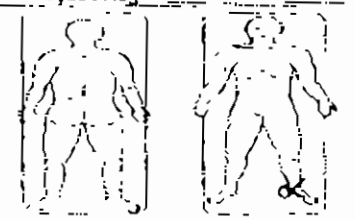
Atualizada: versão 2015

ENTE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro

23/04/19

Localização / Região



DATA:

1 GRAU - I

2 GRAU - I

Localização / Região



Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética

neuropática e cirúrgica Trauma outra

Comprimento cm Largura cm

Profundidade cm

Local de drenagem: não drenado

Local de drenagem: não drenado

Seco, mínimo úmido, pouco

úmido, moderado molhado, abundante

Seroso Fibinoso Sanguinolento

Purulento Serososanguíneo

Sim Não

evidente na remoção da cobertura na base do ferido

evidente ao entrar no quarto Sem odor

Normal Macerada seca Crisma Rubor

Prurido Outras

Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1%

Clorexidina 4% Outros

Ácido Colágeno

Fibrinase Sulfadiazina da Prata

AGE Outros

Tanha Fardo

24/04/19

Valdo Cardoso da Silva

Aux. de Enferm.

CORDEIRO 347

02

01

02

OBS:

NOME: JOÃO CARLOS DOS SANTOS HD Fratura de tornozelo
 DATA: 23/04/19 SEXO: M () F IDADE: PESO: KG. LEITO: 328
 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNOSTIC

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATEGORIA	LOCAL	DATA
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL
CATEGORIA PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	DATA

SUNDANASGASTRICA: SIM ☒ NAO ☐ DATA

DRENOS? SIM Q) NÃO Q) QUAL?

IDENTIFICAÇÃO SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

NIVEL DE CONSCIENCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA

Obs: _____

IOFRA E POLÍMEROS/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NAO

MURMURIOS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTE
TOSSE: () AUSENTE () PRESENTE

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

ACIANOTICA () ACIANOTICA I ACROCIANOTICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

PERFUSÃO PERIFÉRICA NO NORMAL () DIVINUIDADE

PULSO. (; NORMACARDIO () BRADICARDICO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE; ~~NON~~ NORMAL; CHAMULDO; MALBENTAR
ESTADONUTRICIONAL; MALBENTAR; DESNUTRIDO

$$|\mathcal{U}| \leq \frac{1}{\epsilon} \left(\frac{1}{\epsilon} \log \frac{1}{\epsilon} + \frac{1}{\epsilon} \log \frac{1}{\epsilon} + \frac{1}{\epsilon} \log \frac{1}{\epsilon} \right) = \frac{1}{\epsilon} \log \frac{1}{\epsilon}.$$

-2-

1

ATIVIDADE DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
<p>Receita médica, exames, efeitos da medicação em o paciente 3/AVD. Condição melhorada sem febre, mais son, melhor, vom 12 que diminuiu, cefaleia bem melhor, febre e náuseas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>NOTE: </p>	<p>Receita médica, exames, efeitos da medicação em o paciente 3/AVD. Condição melhorada sem febre, mais son, melhor, vom 12 que diminuiu, cefaleia bem melhor, febre e náuseas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>NOTE: </p>	<p>Ata da reunião com o Dr. Paulo e a Dra. Maria. Discussão sobre o caso do paciente 3/AVD. Condição melhorada sem febre, mais son, melhor, vom 12 que diminuiu, cefaleia bem melhor, febre e náuseas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>NOTE: </p>	<p>Receita médica, exames, efeitos da medicação em o paciente 3/AVD. Condição melhorada sem febre, mais son, melhor, vom 12 que diminuiu, cefaleia bem melhor, febre e náuseas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>NOTE: </p>



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	24/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5m
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				500
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				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)				500
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				1m
15	DEXTRO 8/8HS				132 132 06
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, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

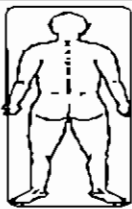
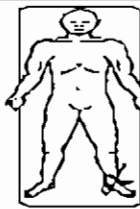
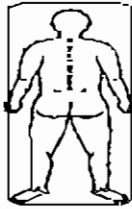
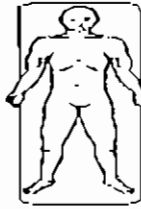
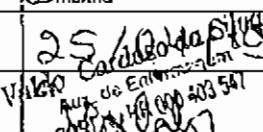
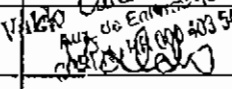
Dr. Elcio Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS				36.4°C		
6 H	120x86	92	19	36.4°C		
12 H	100x70	95	19	37		
18 H	120x80	84	19	36.0	+	+
24 H	110x84	80	21	36.4°C	+	+

14.2 L Dextro L...

148 DEXTRO
31h 11g/dl
06h 132mg/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 Teodoro dos Santos				
DATA: 22/04/13	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 type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
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 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 (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:	25/04/2013			
Em caso de + de 24hs	01-  02- _____		01- _____ 02- _____	
Colado e ass. em Enfermagem	01- _____ 02- _____		01- _____ 02- _____	
Carimbo e Assinatura de Enfermeiro				
OBS:	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

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

[illegible]

329

 <div style="text-align: center;"> SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC </div>						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	25/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					monlor
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA					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					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					1x
15	DEXTRO 8/8HS					3x 250mg
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					2x
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. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	O	E
SINAIS VITAIS					+	0
6 H	124x78	68	18	36.0	+	+
12 H	120x80	76	17	36.7°C	+	+
18 H	140x80	78	18	36	+	+
24 H	103x76	79	19	36.0	+	+

Jeandina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

22 → 124 mg/dL
06 → 75 mg/dL

Jeandina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

16h 14cm

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Jonas de Souza dos Santos HD _____

DATA: 05/04/15 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 325 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____
SONDA NASOENTÉRIAL: SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____
DRENOS? SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL? _____

LESÕES

(Handwritten notes and diagrams of lesions)

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () RISCO PARA CONTROLE INEFICAZ
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDIACO DIMINUIDO
- () OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS /TQT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () TENTAR PARA QUEIXAS AÉREAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEITO _____ / _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
- () 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

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III
- CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
- ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL ☒ RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM ☒ NÃO
- FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSES: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

- MOEDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA _____


APARELHO GASTROINTESTINAL

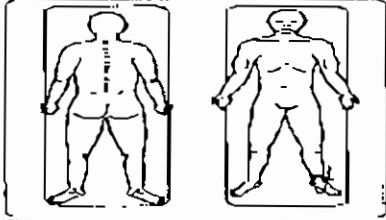
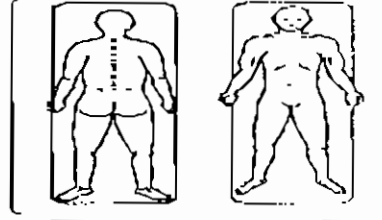
- APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- ALMA () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLEXÍVEL () RÍGIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/ MUCOSAS/ EPITÓLICO: _____
- () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

- APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO
- INTOXICAÇÃO: () ES. MÚLTIPLO () ÚNICO
- () STOMIA () SVG
- () IMPIDA () CONCENTRADA

[illegible]

	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: 25/04/19	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 checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacado <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 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	
Deor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" 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 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 (contato direto na ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro <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	26/04/19			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- Valdo	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:		OBS:		

(Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas 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					
DIAGNOSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	26/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H SN				<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				<i>06h</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/8 H				<i>Ratoma</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMHG				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>1h</i>
15	DEXTRO 8/8HS				<i>12h 06</i>
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				<i>20h</i>
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

Eider Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1825/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120x74	77	16	-	+	-
12 H	120x74	77	18	36.9	+	+
18 H	120x70	87	17	36.6	+	-
24 H	120x70	80	18	-	+	+

16.02 DEXTRO 123 mg/dl
08.06h DEXTRO 123 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 Teodoro dos Santos		29/02/15	
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<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 Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Vidência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input 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"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input 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 Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% 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 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			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	Deidelmis V. Alves dos Santos Técnico de Enfermagem COREN-PR 663.555-16	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Thaís Oliveira de Almeida Enfermeira		
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 avaliadas separadamente.

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

NOME: ROBERTO DA SILVA HD 10/10/2020

DATA: 07/01/2021 SEXO: M () F IDADE 45 PESO 70 KG. LETO 3 • ALÉRGICO ? _____



EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>___</u> / <u>___</u> H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:		() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA <u>___</u>
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA:		() MEDO	() ASPIRAR VIAS T/QT <u>___</u>
DRENOST	SIM () NÃO ()	QUAL?		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
OBS: IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉGICAS
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO				() RISCO PARA INFECÇÃO	() ATENTAR PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III</u>				() DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>___</u> / <u>___</u> H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() AÉREAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA				() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS: <u>_____</u>				() RISCO PARA QUEDAS	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
TÓRAX E PULMÕES/ PÁDÃO RESPIRATORIO				() RISCO PARA LESÃO	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() AUTOSTÍMIA PERTURBADA	() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS: <u>___</u> H
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				() DIARREIA	() REALIZAR DEXTRO <u>___</u> / <u>___</u> H
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO				() CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
MUCOSAS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO <u>___</u>				() DEPÓSITO DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>___</u> / <u>___</u> H
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANÓTICA () ACANÔTICA () ACROCIANÓTICA				() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS: <u>_____</u>
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME				() COMFORTO PREJUDICADO	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				() DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
LOCAL DO PULSO: <u>_____</u> FREQUÊNCIA: <u>_____</u>				() OUTROS:	
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO					
R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES					
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: <u>_____</u> () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIA () CONCENTRADA					
() HEMATURIA () LEUCITÚRIA () HEMATURIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA					

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 24 HORA: 1	MANHÃ:	DATA: 24 HORA: 00
<p>08:30 Realizada a admissão na PT (D) São Cristóvão - Busca da existência de sinais vitais.</p> <p><i>Realizada a admissão</i> Identificação do paciente Entrevista CORRENTE 33880 ENF</p>		<p>08:30 Realizada a admissão na PT (D) São Cristóvão - Busca da existência de sinais vitais.</p> <p><i>Realizada a admissão</i> Identificação do paciente Entrevista CORRENTE 33880 ENF</p>	
<p>TARDE: 14:00</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA: 24 HORA: 1</p>	<p>TARDE: 14:00</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA: 24 HORA: 00</p>
<p>Realizada no leito - Sinais vitais - Sem alterações. PT (D) avaliando a evolução da respiração, batimento cardíaco e temperatura. Sem desconforto.</p> <p><i>Realizada</i> Tratamento de Afecção Enfermagem CORRENTE 33880 ENF</p>		<p>Realizada no leito - Sinais vitais - Sem alterações. PT (D) avaliando a evolução da respiração, batimento cardíaco e temperatura. Sem desconforto.</p> <p><i>Realizada</i> Tratamento de Afecção Enfermagem CORRENTE 33880 ENF</p>	
<p>NOITE: 20:00</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>DATA: 24 HORA: 1</p>	<p>NOITE: 20:00</p> <p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>DATA: 24 HORA: 00</p>
<p>02:00 PT avaliada - Sinais vitais - Sem alterações. PT (D) avaliando a evolução da respiração, batimento cardíaco e temperatura. Sem desconforto.</p> <p><i>Realizada</i> Tratamento de Afecção Enfermagem CORRENTE 33880 ENF</p>		<p>02:00 PT avaliada - Sinais vitais - Sem alterações. PT (D) avaliando a evolução da respiração, batimento cardíaco e temperatura. Sem desconforto.</p> <p><i>Realizada</i> Tratamento de Afecção Enfermagem CORRENTE 33880 ENF</p>	
<p>ASS. E CARIÍMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIÍMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	



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				
AGNOSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				of
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14 - 20 - 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2028/RR

14:00 Dextro - 172 mg/dl

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
PARÂMETROS VITAIS						
6 H	120/80	71	19	35.7°C	+	-
12 H	120/80	79	18	-	+	-
18 H	130/90	75	18	36.4°C	+	-
24 H	120/81	79	19	36.4°C		

2.15 mg/dl

Elder Soares

06:00h Dextro 115 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Paulo Roberto dos Santos

DATA: 20/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO KG.

LEITO 329

ALÉRGICO?

HD

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DRENOS: SIM () NÃO ()			
QUAL?			



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPÔSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS
MIGRENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATÓRIO.

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚLBURIS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS: _____

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERICÁRDICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

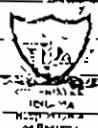
APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO () ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
RIMA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSÃO () MOLE () VÍCIO PALPÁVEL
AUSÊNCIA DE NÚLIEROS/EPISÓDIOS: () NÃO () PRESENTE () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MALTIPLO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DesequilíBRADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VIAS TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA MÚSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERCUSSÃO 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 DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEPTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() 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



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	29/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIFTA ORAL PARA DM E HAS				Sub
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monitor
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.8% EV 8/8h SE DOR INTENSA				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				balma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				uso
15	DEXTRO 8/8HS				1000 mg
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				200
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, TOSSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTÉ, BEG
GUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DEXTRO

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
INAIS VITAIS						
6 H	140/80	83	26	36,8	+	12
12 H	140/80	84	17	36,8	+	10
18 H	130/80	77	18	36,6	+	10
24 H	130/73	89	18	36,6	+	10

139 mg/dL

90 mg/dL

313 mg/dL



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	30/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				3ap
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				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 + COGG 6/6 H				Rolme
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				ob
15	DEXTRO 8/8HS				ob
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				ob
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
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

					Dextro	
					199 mg/dl	=D 1245
					95 mg/dl	
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	125/79	84	20	36°C	+	
12 H	140/70	91	19	37.1°C	+	
18 H	146/90	73	19	36.2°	+	
24 H	145/81	70	20	36°C	+	

Declaro que
tudo em conformidade
com a realidade

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO DE CARLOS

HD

DATA: 30/04/15 SEXO: () M () F IDADE

PESO KG. LEITO

225

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATER	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL			
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X)		NÃO (X) DATA:	
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO (X)		NÃO (X) DATA:	
DRENOS? SIM (X) NÃO (X)		QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () INSEGURANÇA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () OSEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESDESTRUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEIMAS
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PEÇOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
- ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () DESTRUIDAS
- HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
- FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS

CIRCULAÇÃO/ DOR DA PELE/ MUCOSAS

- (X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CLAMÓTICA () ADANÓTICA () JACROCLAMÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERCUSSÃO 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
- R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGILDO () VNG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: (X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE

- TESTÍCULO: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPEZA () CONCENTRADA
- URINA: () HEMATÚRIA () LEUCÓRIA () PIÚRIA () ISURMIA () NITRÊIA () NITRÊIA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ	DATA	HORA	MANHÃ	DATA	HORA
<p>Reimbu, atóvil. Jucita, com queixas de náuseas, vômitos, diarreia e febre. Sono agitado. Olanço em teste função fisiológica normal.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>Paciente orientado, sem queixas. Realizado SSVV com. Segue aos cuidados da equipe.</p> <p>Rejênia Pereira R. Castro Téc. em Enfermagem COREN-PR 907549</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		
<p>TARDE</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>TARDE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>Transtorno em relação, além de sintomas físicos, com quadros de encefalopatia.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		
<p>NOITE</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>NOITE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>Alfredo SSVV + adm. do médico. SSVV com. Paciente está na enfermaria de destino 900411.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>			<p>Daniela da S. Pimenta Téc. em Enfermagem COREN-PR 437410 TE</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>		



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	1/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				08
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotine
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				manhã
13	DEXTRO 8/8HS				14 22 06 124mg/dl
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				16 184mg/dl
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA: -

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

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

PA	FC	FR	TEMP	E	D
----	----	----	------	---	---

SINAIS VITAIS

6H	120/60	69	20	36	-	temperatura
12H	120/70	73	19	36.6	+	+
18H	120/70	72	19	36.5	-	+
24H	120/80	77	19	36.5	-	+

12/5 -> Dextro = 251

12H 184mg/dl

S&E-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

ID _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG.

LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA: _____	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA: _____	
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL? _____	



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 DÍGITA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DISORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚNIMOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 AÚDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

- () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
 () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMINCA () HIPERTERMINCA () HIPOTERMINCA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
 R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSÃO () AGUDO () UMIG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITOURINÁRIO/DIURESE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () OLÍMPIA () CONCENTRADA
 () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () Desequilíbrio
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () REGULAÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DEBITO CARDÍACO DIMINuíDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS 7/OT
 () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS 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 DENTRO _____ / _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANDO DE ASPIRAÇÃO
 () 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 _____

[illegible]



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	2/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				32h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				12h 18h 06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
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:

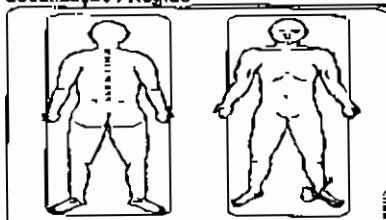
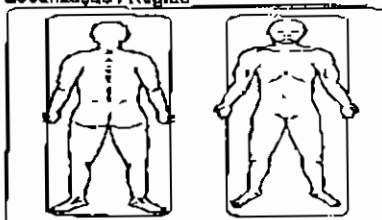
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	Sinais vitais	
SINAIS VITAIS						
6 H	106/63	67	20	36.7		
12 H	142/88	75	20	35.5	+	+
18 H	120/80	85	20	36°C	+	+
24 H	110/70	65	20	36.5	D+	E+

DEXTRO
179 mg/L
1230mg

	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: 02/05/19 <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 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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
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 ferida)	<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 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de 4 de 24hs	03/05/19			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	João Teodoro dos Santos 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

NOME: Stefano de Souza e Silva

HD

DATA: 08/04/93

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

328

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: N CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: N NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PÉNVIAS () DISTÚRDIOS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL N PÉNVIAS () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOBR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: N EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: N AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

CIANOTICA () UMÍDIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
TEMPERATURA DA PELE: () NOTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: N NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: N NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ OMBRE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () UMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () SCOLÚRIA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS.
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 10 H
() MANTER MONITORIAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TUT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Quedas ALÉRGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
() OBSERVAR/COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: 1 H
() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS
() ORIENTAR AO BANHO DE ASPERÃO
() REALIZAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 20/04/2015 HORA: 08:00	MANHÃ:	DATA: 20/04/2015 HORA: 08:00
<p>Paciente acordou sem muita alteração, porém houve alteração do sono na noite anterior, apresentando insônia. Apresenta distúrbios de memória.</p> <p>CPEN: [assinatura]</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: 14:00 DATA: 20/04/2015 HORA: 14:00</p>	<p>Paciente estável. Sem medicações em uso. Sem alterações, FE positivo. Sem sinais de infecção.</p> <p>CPEN: [assinatura]</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 16:00 DATA: 20/04/2015 HORA: 16:00</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA: 20/04/2015 HORA: 22:00</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: 20/04/2015 HORA: 22:00</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	3/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DME E HAS				2017
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				montei
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				OK
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Galvão
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				22/05/19
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20/05/19
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. FUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1088/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	S
SINAIS VITAIS	110x70	72	21			
6 H	110x70	72	21	36.6	+	+
12 H	100x70	85	19	36.6	+	-
18 H	110x70	97	19	35.5	+	+
24 H	110x70	75	19	36.3	+	-

15h Dextro 165 ug/dl
22h Dextro 177 ug/dl
06h Dextro 97 ug/dl
Janine



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Roberto dos Santos HD Prélio de Sonajelo

DATA: 03/05/18 SEXO: M () F () IDADE: 33 PESO: 78 KG. LEITO: 338 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL - SIM () NÃO (X)		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA - SIM (X) NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTERAL - SIM () NÃO (X)		DATA:	
DRENOS - SIM () NÃO (X)		DATA:	

Handwritten signature

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
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 () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAI: () FAVORÁVEL (X) FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HIDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()
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: () NORMAL () DESNUTRIDO
SÍMPTOMAS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGO () ALGAVIC
EVACUAÇÕES: (X) NORMAIS () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MISTAS

APARELHO RENITRINÁRIO/DIURÉTICO

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>06</u> H
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANTER CABECERA ELEVADA
() MEDO	() ASPIRAR VIAS /TOT
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() Desequilibrada	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>___</u> H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() AUTOESTIMA PREJUDICADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() DIARRÉIA	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS <u>___</u> H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRIC <u>___</u> / <u>___</u> HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO GANHIO DE ASPERSÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>___</u> H
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() DOR	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIPOTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() HIPERTERMIA	() ESTABILIZAR DEAMBULAÇÃO
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() PAUÃO DO SONO PREJUDICADO	() CUIDADOS
() DEFECÇÃO PREJUDICADA	
() CONTOURTO PREJUDICADO	
() DEFECÇÃO CARDÍACO DISTURBADO	
() CULTIVO	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 10/05/2014 HORA 11:00

MANHÃ:

Paciente acordou, não se orientou, apresentou
 um estado de consciência alterado, com
 pupilas reagentes, normais, porém com
 reflexos abolidos. Sem alterações de
 temperatura. Sem alterações de

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 10/05/2014 HORA 11:00

MANHÃ:

Paciente acordou, não se orientou, apresentou
 um estado de consciência alterado, com
 pupilas reagentes, normais, porém com
 reflexos abolidos. Sem alterações de

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente acordou, não se orientou, apresentou
 um estado de consciência alterado, com
 pupilas reagentes, normais, porém com
 reflexos abolidos. Sem alterações de

Samara Rodrigues

Téc. de Enfermagem

COREN-RN 511.000

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

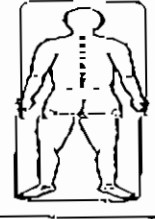
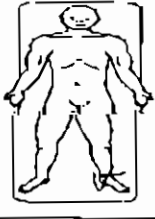
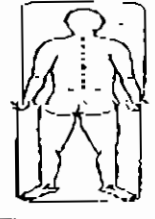

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 03/05/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabólica <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"/> Diabólica <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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input 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 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 (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Suifadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Neomicina</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Suifadiazina 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 + do 24hs	04/05/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Valéria da Silva</u> Aux. de Enfermagem COREN - RR 003 403 547	01- _____	02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

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

328



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	4/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Obs
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 > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14-02-06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:




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

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
FINAIS VITAIS						
6 H	110/70	75	19	36.0		
12 H	110x70	75	20	36.0	+	
18 H	130x78	68	19	36.4°C	+	-
24 H	110/70	74	20	36.2	+	-

Colar 240mg/dl
revisar a

01- Ferida: Amputação do 2º dedo

	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
		1- GRAU: 1	
		2- GRAU: 1	
Doença	Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Circulatória <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra _____		Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Circulatória <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra _____
Medicamentos em uso	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Estado da ferida	Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/>		Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/>
Características da ferida	<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
Características da ferida	Cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo		Cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito		Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito
	Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
	<input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Viscerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Rubra		<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Viscerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Rubra
	<input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Outras _____
Quantidade de secreção	Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexina 2% <input type="checkbox"/> Clorexina 1%		Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexina 1% <input type="checkbox"/> Clorexina 1%
	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
	AGE <input type="checkbox"/> Outros _____		AGE <input type="checkbox"/> Outros _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
		01-	02-

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Open Jackson

HO

DATA:

04/05/09

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

389

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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: _____
DIENOS? SIM () NÃO () QUAL: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SAZONÁVEL () PRECÁRIA
DAS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
COR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚNIMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () ABSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() C ANÓTICA () ACANÓTICA () ACROANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () CIMPURIA
PULSO: () NORMAL () DEBILITADO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSÊNCIA
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOMEN: () HÍDRATADO () ÚMIDO () DESHIDRATADO () CORADO () HIPOCORADO () PÁLIDO () RUBORIZADO () ICTERICIA
TEMPERATURA: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
RUIDOS: () NORMAIS () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSÊNCIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() TRÓCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
() ANISIOADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VIAS /TOT _____
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPEÚTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() OCSOSTRUTURA INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() FADIGA	() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUIDAS	() AVALIAR RÍDIO JO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() AUTOCESITIMA PESTURADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DICTA
() DIARREIA	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEIXA DO _____ / _____ HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LETO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPERTENSÃO	() PREPARAR PARA EXAMES GEM
() HIPOTENSÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONFECITO
() INTOLERÂNCIA A ALIMENTAÇÃO	() ESTABELECER SINALIZAÇÃO
() TADÃO DO RÍDIO JO GÁSTRICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() TADÃO DO RÍDIO JO GÁSTRICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO		FACULDADE DE ENFERMAGEM	
DISCIPLINA	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>Paciente no leito com sinais vitais satisfatórios, sem alterações no nível de consciência, apresentando boa evolução clínica. Mantém-se hidratado e bem alimentado. Não há sinais de infecção local ou sistêmica. Evolução satisfatória.</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>18:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>19:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>20:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>21:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>22:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>23:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>24:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>25:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>26:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>27:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>28:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>29:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>30:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>31:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>32:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>33:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>34:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>35:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>36:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>37:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>38:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>39:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>40:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>41:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>42:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>43:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>44:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>45:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>46:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>47:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>48:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>49:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>50:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>51:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>52:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>53:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>54:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>55:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>56:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>57:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>58:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>59:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA
<p>60:00h SSVV afivido</p>	ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA



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	5/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN.				SIN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA				SIN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SIN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				OK
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SIN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				SIN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				44-02-00
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: 8UI; 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

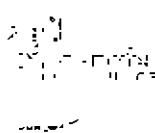
Dr. Elzer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 182B/RR

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	100/60	80	18	36,4°C	Dr. Elzer Soares
12 H	100/60	92		36,5°C	Dr. Elzer Soares
18 H	100/60	20	20	36,1°C	Dr. Elzer Soares
24 H					

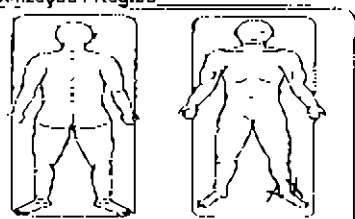
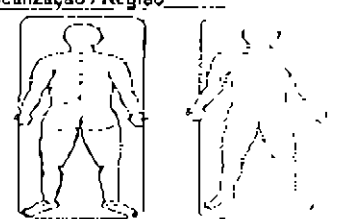
medw 03:44h
100 mg de
1.000

18:00h
180 mg de

06:00h
Dextro 120 mg 1 de.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº I	Versão: 06	Data da Elaboração
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329 3B		

Paciente: Sociedade Tradicional dos Santos

DATA: 21/01/2015 GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: 21/01/2015 GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
 etiologia Tipo e localização da ferida Superfície do Leito: Quantidade de Exsudato Tipo de exsudato: Odores Estado da pele Medicamentos Solução para limpeza Cobertura primária Curativo Próxima troca Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<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 _____ Comprimeto _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico _____ <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritemá / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____ <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Outro _____ <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Higiênico <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Meshã <input type="checkbox"/> Tarde Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<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 _____ Comprimeto _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico _____ <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <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 <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"/> Eritemá / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <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"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Meshã <input type="checkbox"/> Tarde Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

NOME: JOÃO PEDRO DO AMARAL S. MD
 DATA: 02/03/15 SEXO: () M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () DESQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOSTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DEFEITO DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () H IPERTERMIA () INTERFERÊNCIA NA EFETIVIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS () DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO () DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____/_____/_____ () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ () ASPIRAR VIAS /TOT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HORÁRIO DE _____/_____ () CONSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTROSCÓPIA () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRANO _____/_____/_____ () ENCAMINHAR AO BAYDO DE ASPIRAÇÃO () ORIENTAR AUTO CUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____/_____ () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () REALIZAR PARA EXAMES EN: _____ () REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO () REALIZAR DEAMBULAÇÃO () REALIZAR SINAIS VITAIS PARA _____/_____ () REALIZAR SICA	
1. PERÍMETRO 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: () REGENTE () NÃO REGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____				TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSESSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SÍBLOS CIRCUNSCRIÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () UMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORRADA () PALIDA () RUBORIZADA () CÉTRICA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FORTÍSSIMO PULSO: () INCISIVO () MORTUÁRIO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ ADRELHO GASTROINTESTINAL ABOMÉ: () NORMAL () DISTENDIDO () CONTRACTILIDADE () NORMAL () DIMINuíDA () AUMENTADA HÍGADO: () NORMAL () DISTENDIDO () CONTRACTILIDADE () NORMAL () DIMINuíDA () AUMENTADA PÂNCREAS: () NORMAL () DISTENDIDO () CONTRACTILIDADE () NORMAL () DIMINuíDA () AUMENTADA BÍLIO: () NORMAL () DISTENDIDO () CONTRACTILIDADE () NORMAL () DIMINuíDA () AUMENTADA FÍGADO: () NORMAL () DISTENDIDO () CONTRACTILIDADE () NORMAL () DIMINuíDA () AUMENTADA				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () H IPERTERMIA () INTERFERÊNCIA NA EFETIVIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS () DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO () DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO					

Matrícula

11700

Matrícula

DATA

11/01/2020

Atividade realizada em 15/01/2020. Trabalho realizado na sala de aula com a turma de 1º ano.

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Atividade realizada em 15/01/2020. Trabalho realizado na sala de aula com a turma de 1º ano.

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem

Atividade realizada em 15/01/2020. Trabalho realizado na sala de aula com a turma de 1º ano.

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGLIN

Nome: Teodoro dos SantosID: Matutina

MI e

DATA: 04/04SEXO: MBLOCO: 3B

329

ÁREA DE CUIDADO

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

	4	3	2	1	SOMATÓRIO
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/câncer de oxigênio	Uso intermitente de máscara/câncer 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
Mobilidade	Incapacidade 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	Movimentação todos os segmentos corporais	1
Deambulação	Ruístico ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante	1
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente	1
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	1
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminação no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente	1
Terapêutica	Uso de drogas venenosas	E.V contínuo ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	E.V no V.O	1
TOTAL:					13

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEQUORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05
IDADE		EL-110	329
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIL 12 OPIAL PARA DM LHAS		SN
2	ACESSÓRIO VENOSO PERIFÉRICO		montar
3	CE-EP-ME 10 EV 8/8H		SUSPENSO
4	TRATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIP ROKA 10 EV 6/6H SN		SN
6	TRAGAL 100MG F 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMITROZOL 40MG VO PELO MANHÃ EM JEJUM		
9	SIMETILOQUA GOTAS 45 GOTAS VO DL 8/8 h (S/N)		(06)
10	SSA V + CCGG 6/6 H		Rotem
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160/100 PAD > 110 MMHG		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		M
15	DEXTRÔ 12/12HS		(38/06)
16	AMIFENITILINA 25MG VO À NOITE		20
17			
18	EL DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
19	REGULAR (SC), CONDIÇÃO ESQUEMA: 200-250:		
20	7UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400:		
	20 UI FOUT GLICOSE < 70 DIJ/ML GLICOSE 50% 40		
	MI EV CAUSAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
GH	110/79	67	20	36,0	-	+
12H	130/80	83	20	36,5°C	+	+
18H	120/80	84	19	36,6°C	+	+
24H	140x80	68	20	37,2°C	-	+

Procedido de exame físico
Tudo bem
Com RQE 20/11/19

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SÃO LEONARDO DOS SANTOS ID: 325

DATA: 06/05/18 SEXO: M () F IDADE: 32 PESO: 70 KG. LETO: 325 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:	
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:	DATA:	
DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?		

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

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

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ LÍQUIDAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS: PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: ☒ TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

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

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

PALEIARADA: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () XEROTICA

() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA

TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

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

PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () ASLICO () VÍGIL PÁLIDAVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: ANORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUÍRESE:

ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () UROPÍDIA () CONCENTRADA

() HEMATÚRIA () COLEÚRIA () QUÍSTICA () POLÍQUIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () TRANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESQUILIBRADA
- () INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () AUTOSTIMA perturbada
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANter VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () MANter MONITORIZAÇÃO
- () MANter CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TQT
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () MANter PARA QUEIXAS ALGICAS
- () OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA
- () MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 L
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANter JEJUNA A PARTIR DAS: 8 HORAS
- () REALIZAR DEXTRO 8 HORAS
- () MANter CAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 2 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EVG
- () 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 acordou, sem feixes, alívio na dor, não vomitou, não diarreia, não febre. Respondeu adequadamente às perguntas. Feições físicas normais. Seguiu ao banheiro de acordo com necessidades.</p> <p>Bela aparência Educação CEN/IR 36633</p>			<p>Realizado zoonose com fezes, com resultados em aguardo no momento.</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>			<p>Paciente em repouso, sem vômitos, diarreias ou febre. TCC. 06/05/2018</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>			<p>Paciente acordou com sintomas de febre, feições físicas normais. TCC. 06/05/2018</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>		

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	7/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				3m
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				5m
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/Dh SN				5m
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5m
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5m
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5m
14	CURATIVO DIÁRIO				12
15	DEXTRO 12/12HS				18 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE 370 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

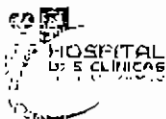
DEG

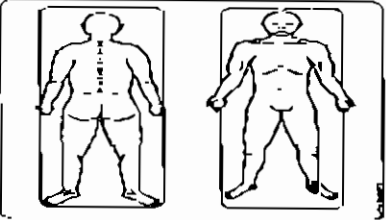
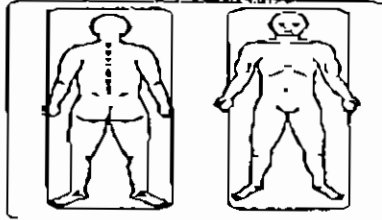
DEXTEU

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

18hs - 202

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	140/70	74	18	36.4	+	+
12H	130/80	86	17	36.8	+	+
18H	140/80	105	18	36.8°	+	+
24H	120/80	88	18	36.7	+	+

	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: 06.05.13 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"/> 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 escareto <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escareto <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input 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 checked="" type="checkbox"/> Não		
Condição da pele Perilesional:	<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		
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 (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:		<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:	André Gomes Gonzaga				
Caso da + de 24hs	01- COREN RR 638.058 02-				
Cadinho e ass. soc. em Enfermagem	01- 02-				
Cadinho e Assinatura do Enfermeiro	01- 02-				
OBS:			OBS:		

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Carla Cristina dos Santos HD _____

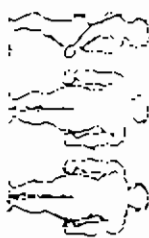
DATA: 07/05/18 SEXO: FM IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 325 • ALÉRGICO? _____

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 ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
LÚCERA 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: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DORES INSPIRATORIAS: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚNIMOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ CORTELA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONADADA () HIPOCORADADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍDO
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TADUCÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () ISQUIRÂMICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|--|
| () 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
() DISOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS: _____ | () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() 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 PERCUSO P PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DÍLÍDIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS: _____ |
|--|--|

07/05/19

Correspondence: Dr. J. A. J. van't Hof-Grootenboer, Department of Internal Medicine, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands. Tel.: +31 (0) 931 304545; Fax: +31 (0) 931 304546; E-mail: j.a.j.van't.hof-grootenboer@azg.azg.azg.nl

Se intencional; Se as
críticas de propaganda

~~Let's Not
Talk About
It Anymore~~

6.2


Percente em número romano
para números, até incluindo
as exceções

120
Técnico de Enfermagem:
COREN-PR 918.123

07.09.25

For each an separate use
left 1 small good SS in
separ. or outside.

~~Seminara Rodicio~~
TAC. de 5/11/2007
COREN-PR 15.032

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							HC
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP			
IDADE		LEITO	329	DATA	8/5/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					3h	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H SN					SN	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					6h	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					2h	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG					SN	
14	CURATIVO DIÁRIO					1h	
15	DEXTRO 12/12HS					18h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20h	
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA						
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250:						
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:						
	10 UI E OD GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40						
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEC

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110/70	84	18	36,5	-	+
12H	120/80	86	19	36,3	+	+
18H	120/80	86	18	36,6	-	+
24H	130/80	105	19	36,6	+	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/R 1615
RQE 684



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

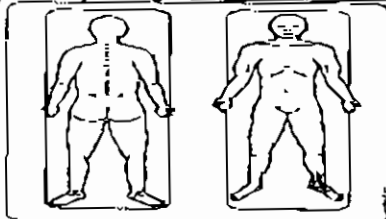
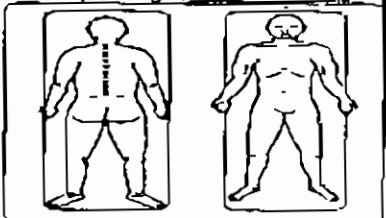
Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Socorro Tendonio dos Santos

Localização / Região	DATA:	Localização / Região
	<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"/> onuropática <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"/> onuropática <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"/> onuropática <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 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	<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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
 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
 observações <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 periferica <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	<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: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
 cobertura primária <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: _____	<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	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
 data da próxima troca em caso de + de 24hs		
 descrição e ass. do enfermeiro Ass. em Enfermagem	01- Valdo Cardoso da Silva AUX. de Enfermagem C.R.E.N. 03547	02-
 descrição e assinatura do enfermeiro		
 OBS:		

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
DATA: 11/08/2011

ADMISSÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DATA: 08/05/2011 HORA: 00

Realizado SSV/14/queixas óticas,
Segue aos cuidados do enfermeiro
geral

Renata Regina R. Castro
Técnica Enfermagem

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM

DATA: 16/00 HORA: 16:00

1001/2000
Cirurgião Lídia Finquedo de Souza
Técnico de Enfermagem
CIREN-RR 916.723

Realizado SSV/14/medicações
e por, SS/queixas óticas, segue
aos cuidados de enfermagem.



ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	9/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				su
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				su
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				su
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				su
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
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 MMHG				su
14	CURATIVO DIÁRIO				h
15	DEXTRO 12/12HS				18 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

BEG.

Sol pre op.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	90X60	86	18	36.5°C	-	+
12H	150/100	96	19	36.7°C	+	+
18H	110/70	92		36.6°C	-	+
24H	100X70	80	19	36.4°C	-	+


DR. PEDRO DI

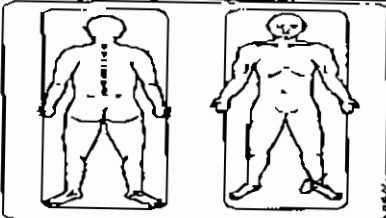
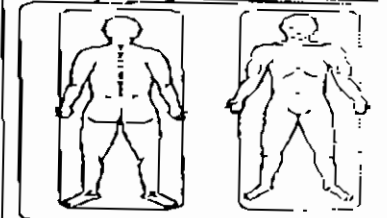
GIOVANNI

Assinatura: [assinatura]
 Validação: 1615
 Cód. de 684

Assinatura: [assinatura]
 Validação: 1615
 Cód. de 684

06: h → Dextro = 149 mg/dl

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

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 09/05/19 <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 type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input 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	
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 checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input 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 type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" 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	10/05/19 Valdo Cardoso da Silva Aux. do Enfermeiro CRP 000.000.547		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	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.

[illegible]

399

2. M.

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	10/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				08h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Roluna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	DEXTRO 12/12HS				18h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

DEG

Autoreja até 12h

06h Platts: 157 mg/dl.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	111/74	81	20	36°	+	+
12H	100/60	86	19	36,1°	+	+
18H	140/90	98	18	36,3°	+	+
24H	135/85	87	18	36,2°	-	+

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/R 1615
 RQE 684

153 mg/dl
 167 -
 18:18 DE 11/19

Retorno dia 12/05/19



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: 10/05/19	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 checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <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"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dores:	<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 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 (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: <u>Medicina</u>	<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	11/05/19		
Relato e ass. em Enfermagem	01- Valdo Cardoso da Silva 02- Valdo Cardoso da Silva COREN-RN 403547	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 feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriana Ferreira dos Santos

ID

DATA: 20/05/19

SEXO: FM () F

IDADE: 32

PESO: 62

KG

LEITO: 329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- SCLEROSE EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTADO
ULCERA 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 () ISOTÉRCICAS () ANISOTÉRCICAS () MITÓTICAS
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AERÉAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOA INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTES () SECAS () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HIPEREMIA () UNIDA () ESCARIFICADA () CORPOREA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () VIOLETA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIFERTÉRMICA () HIFOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍDO
PULSO: () NORMAL () TARDIO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

AFETIL: () NORMAL () DIMINUÍDA () AUMENTADA
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ABULA: () AUSENTE () PRESENTES PRONOMIA: () EQUILIBRADA () DESQUILIBRADA () INDETERMINADA
ABULA: () AUSENTE () PRESENTES PRONOMIA: () EQUILIBRADA () DESQUILIBRADA () INDETERMINADA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS
AERÉAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() AUTOSTIMA PERTURBADA
() DIABREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIFERTERMIA
() INTELIGÊNCIA DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SÍMBO PREJUDICADO
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
() CONJUNTO PREJUDICADO
() Deseio O CUIDADO DIMINUÍDO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AERÉAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABEÇA ELEVADA
() ASPIRAR VAS/ TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS AGÜAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() OBSERVAR/ COMUNICAR E REGISTAR
ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA
DIETA
() MANUTER JEJUN A PARTIR DAS _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERGÃO
() REALIZAR BANHO ORTETO
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DE AMELIOÇÃO
() OBSERVAR E REGISTAR INTELIGÊNCIA A
ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

[illegible]

JOÃO

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP		
IDADE		LEITO	329	DATA	11/5/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAOTAP	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				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	SSV + CCGG 6/8 H				BOTTNA	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SND	
14	CURATIVO DIÁRIO				M	
15	DEXTRO 12/12HS				18-12	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20	
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI E OU GLICOSE 370 DM/L, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Leandro R. Lima
Tá. de Enfermagem
CRM/RR 001.054.308-75

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H	120/80	70	18	36.5		
24H						

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucas

HD

DATA: 13/05/19

SEXO: UFM () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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	

(Handwritten signature)

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
OBS: higiene bucal () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
() HÍDRATAÇÃO () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CLAMÓTICA () ACANÓTICA () JACOCANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE
() HEMATURIA () HEMATÚRIA () CISTOSTOMIA () SVD
() ISFODONÁNEA () HST INJUNDA () OUTRURA () EQUILIBRIA () DISTÚRIA () VARIÁVEL

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOSTÍMIA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H
- () MANter MONITORIZAÇÃO
- () MANter CÂBEREIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS TÓT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENDER 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 H
- () REALIZAR DEXTRO / HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO H
- () REALIZAR CUIDADO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR O EMBALIAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ

DATA

HORA

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ

DATA

HORA

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:

Paciente de doenças médicas

Paciente de doenças médicas

Assessoria da Coord. Farmácia

Assessoria de Enfermagem

Assessoria de Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05 PRE-OP
IDADE	LEITO	329	DATA 12/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 8/8 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	DEXTRO 12/12HS		
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:		
20	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:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	130/70	69	18	36.4°C	-	+
12H	Licença médica					
18H	Licença médica					
24H	130/80	68	17	36.2°C	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Graciele dos Santos

HD

DATA: 12/05/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO: 329

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATER central	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOENTÉRAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS INCIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

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

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

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

() CLANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO 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 () V.M.G PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

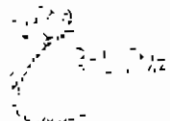
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

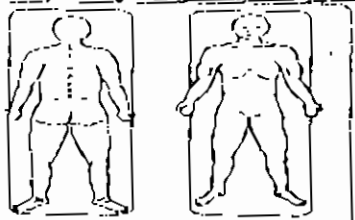
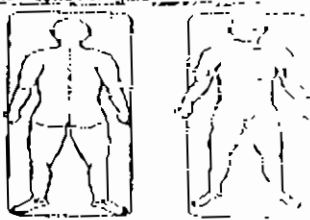
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () SV.D () DIURIDA () CONCENTRADA

() 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
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUEIMAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS:


() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
 () ASPIRAR VAS /TOT ____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANUTER UJUNA 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 OÍARIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EXI:
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULACÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO PM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
DATA	HORA	DATA	HORA
<p><i>Permissão de Internar</i></p> <p><i>Assinatura</i></p> <p><i>Junilson Siqueira</i> Enfermeiro PM 11.1.131 COREN-PA</p> <p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA :</p>		<p><i>Permissão para internação médica</i></p> <p><i>Assinatura</i></p> <p><i>Andréia Gomes Souza</i> Téc. Enfermagem COREN PA 630 0566</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA :</p>	
<p>NOTA:</p> <p>DATA / HORA :</p> <p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>NOTA:</p> <p>DATA / HORA :</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p><i>(Realizado SS 114, condutido com Siquiera médica, sendo encaminhado ao diagnóstico)</i></p> <p><i>Assinatura</i></p> <p><i>Andréia Gomes Souza</i> Téc. Enfermagem COREN PA 630 0566</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA :</p>		<p><i>(Realizado SS 114, condutido com Siquiera médica, sendo encaminhado ao diagnóstico)</i></p> <p><i>Assinatura</i></p> <p><i>Andréia Gomes Souza</i> Téc. Enfermagem COREN PA 630 0566</p> <p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA :</p>	

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

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 12.05.19 GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> onuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> onuropática <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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		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	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input 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		Condição da pele perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 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 (Montado 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"/> Outros		Cobertura primária (Montado 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"/> Outros	
Hora no curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora no curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs	
Nome e Assinatura em Enfermagem André Gomes Gonzaga Enfermeiro CRP 630 058		Nome e Assinatura em Enfermagem 01- 02-	
Nome e Assinatura do Enfermeiro André Gomes Gonzaga Enfermeiro CRP 630 058		Nome e Assinatura do Enfermeiro 01- 02-	

HC

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	13/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				30
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				30
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				30
10	SSVV + CCGG 5/6 H				Rolun
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				30
14	CURATIVO DIÁRIO				30
15	DEXTRO 12/12HS				06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				30
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

BEG
 Paciente em tratamento com insulina

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	80x70	75	19	36.5	-	+
12H	120x80	85	18	36.4	+	+
18H	140x90	82	18	36.6	+	+
24H	140x90	69		36.38	-	+

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

Vaudo



1/1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: LEONARDO DE CARVALHO HD

DATA: 21/05/2023 SEXO: () M () F IDADE: 37 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 27 DIAS ALÉRGICO: ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)	DATA		
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X)	DATA		

SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X) DATA: 21/05/2023

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTOS 2. ABRASÃO 3. LACERAÇÃO 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO (X) LOCAL: GRÁU I () GRÁU II () GRÁU III ()

CARTEIRA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () IGUAIS () DIFERENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VÍSCERAS AERIAS SUPERIORES: () NORMAIS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: ?

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
RUIDOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECOS () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÓTIMOS () ESTERORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

UMIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA: ?

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.A.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

ESPONTÂNEA: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVC () LIMPEZA () CONCENTRADA
HEMATÚRIA: () COLOURIA () DISÚRIA () ANÚRIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

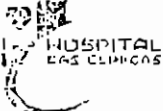
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() RISCO PARA LESÃO
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() Desequilíbrio

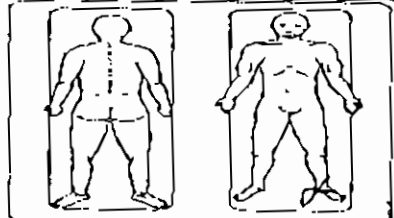
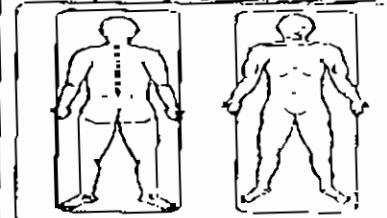
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 24 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NASSEAS 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ? H
() REALIZAR DEXTRO ? / ? HORAS
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENT
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS


Assinatura
?
?

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Pete Oliveira, técnico de enfermagem, segue</p> <p>presente em no enfermo, com um</p> <p>resumo de enfermagem, com o intuito de</p> <p>de enfermagem.</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
DATA: <u>14/05/19</u>	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	
Evolução	<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 na 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 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	
Odor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Condição da pele Perilesional	<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	
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 (Condição do ato 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: <u>Monomex</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Horário do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca (em caso de + de 24hs)	<u>15/05/19</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Valde Carlos da Silva</u> Ass. de Enfermagem COREN - RR 000403347		01-	02-
OBS.				

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


 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	15/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				OK
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Ratão
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 12/12HS				18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				18:00
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

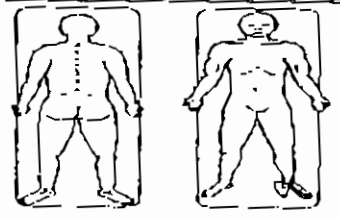
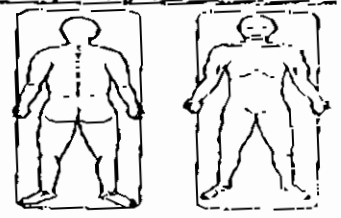
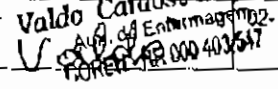
EVOLUÇÃO MÉDICA:

BCC

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM-RR-1615
BOE 684
Téc de Enfermagem
COREN-RR 917 068

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/80	80	18	36,5	+	+
12H	140/90	85	17	36,5	+	+
18H	140/90	80	18	36,3	+	+
24H		F.O.D.	18	36,3	+	+

	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 dos Santos</u>					
DATA: <u>15/05/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra		<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 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"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		
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 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 type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>Wound Care</u>		<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 da 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 1 de 24hs	<u>16/05/19</u>				
Carimbo e ass. rec. em Enfermagem	01- <u>Valdo Cardoso da Silva</u> Enfermeiro		01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:		OBS:			

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

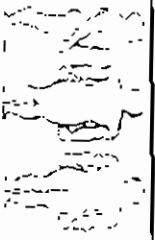
NOME: Isadora de Jesus SEXO: M IDADE: 32 PESO: 70 KG. LEITO: 329 HD: 329 ALÉRGICO? NÃO

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 ()	NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTÉRIAL SIM () NÃO ()	NÃO ()	DATA	
DRENOS SIM () NÃO ()	NÃO ()	QUAL?	

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEIA
MÚRMURAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRMEICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

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.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () ILÉUS () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COLOÚRIA () HIGIENA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENERTEAMENTO 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
() AUTOSTIMIA 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
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() 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 QUEIMAS FÁLGICAS
() 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
() AVALUAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() 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: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ATUALIZAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
		<p>Paciente orientado, sem queixas, realizado 55 V cm. Segue aos cuidados da equipe.</p> <p><i>Assinado: Rogério R. Lasso</i> <i>Assinatura Enfermeiro</i> COREN-BR 987549</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 16:00 DATA / HORA</p> <p>Sem intercorrências.</p> <p><i>Assinado: J. da Silva</i></p>	
<p>NOITE:</p> <p>Paciente sem dor no local.</p> <p>21:50h</p>		<p>NOITE:</p> <p>Sem intercorrências.</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p>Assinatura do Enfermeiro</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COREN-BR 987549</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p>		<p>Assinatura do Técnico</p> <p>Técnico</p> <p>COREN-BR 987549</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM</p>	

JOÃO

329

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP		
IDADE		LEITO	329	DATA	16/5/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					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					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					SN
15	DEXTRO 12/12HS					SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					SN
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEB.

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
0H	130/80	91	18	36.4°C	+	+
12H	120/80	89	17	36.2°C	+	+
18H						
24H	130/80	93	18	36.2°C	+	+

18 em DEXTRO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Thayane de Oliveira HD 305
 DATA: 16/05/19 SEXO: WM () F IDADE: 30 ANOS PESO: 50 KG. * ALÉRGICO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA	DATA
DIURETICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?	DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DERMATIDASES 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 () SEMI-CONSCIENTE () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS
 ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO: ☒ RÍTIMICO () SILENCIOSO
 FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MÚLTIPLOS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS _____

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

MOEDRADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RÍTIMO CARDÍACO: ☒ REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO 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: () ABSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ ☒ NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURESE:

VESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSTOMIA () SVV () LIMPIDIA () CONCENTRADA
 () LITINÁRIA () COAGULADA () QUANTITATIVA () P.2. LUGIA () P.3. P.4. () AMPLURA


DIAGNÓSTICO

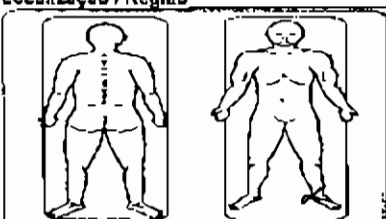
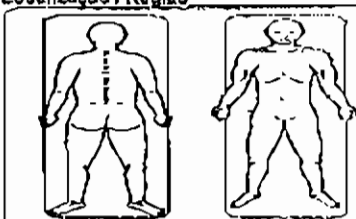
() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESEMPENHO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFÉITO DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

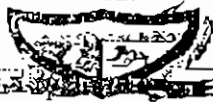
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS TOT _____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ 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: 12 HORAS
 () REALIZAR DEIXO 12 HORAS
 () ORIENTAR AUTO CUIDADO
 () 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 _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AUTUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>Aborda o doente, discute o ofício.</p> <p>Carimbo 1841. Sono profundo, na sala.</p> <p>Alguns movimentos isolados, ou</p> <p>movimentos, acordando um ou dois</p> <p>movimentos normais.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>Pede ao paciente o seu leito.</p> <p>Se quer a atenção. Segue com as</p> <p>vidas de enfermagem.</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>Spa u t encunhação</p> <p>Atenção e atenção</p> <p>Técnicos de Enfermagem</p> <p>COFEN-RR 916.123</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>Spa u t encunhação</p> <p>Atenção e atenção</p> <p>Técnicos de Enfermagem</p> <p>COFEN-RR 916.123</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>

	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 das Santos				
DATA: 10/05/19 - 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"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm			
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico			
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo			
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor			
Condição da pele Periférica: <input 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 (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: Momici	<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: Intervalo de _____ de 24hs	17/05/19			
Limbo e Assinatura do Enfermeiro	01- Valdo	02-	01-	02-
OBS:		OBS:		

JOÃO



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	17/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				S/N
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	OMEPAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				AB
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Relatório
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/QU PAD > 110 MMMHG				Alta
14	CURATIVO DIÁRIO				na
15	DEXTRO 12/12HS				(18) (26)
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				30
17					
18	3E DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:


Dr. Raphael Brunelli
Médico
CRM/RR 1896

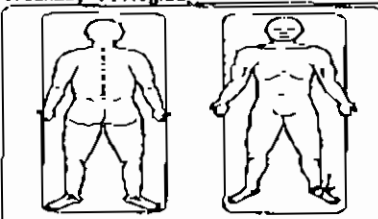
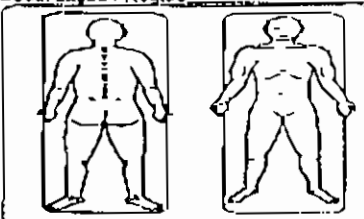
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/80	76	-	36.5	-	+
12H						
18H	130/80	83		36.6	+	+
24H	133/80	73		36.6	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

(1)

Vaudea

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 328		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
DATA: <u>17/05/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input checked="" 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: _____	
Caracterização da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Presença 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 do exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Deor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Lesão 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 (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 checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>MOMECINA</u>		<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: prazo de + de 24hs Simbo e ass. U.E. em Enfermagem	<u>18/05/2019</u> <u>Valdo Carlos da Silva</u> Aux de Enfermagem COREN RJ 00003547		01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:		OBS:		

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS vas

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE obs H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /QT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() TENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() TENTAR PARA MÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

() REALIZAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() OBSERVAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 / 1 H

() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() IDENTIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEUJA A PARTIR DAS 1 H

() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETTO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 1 / 1 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() ORIENTAR E REGISTRAR INTERFERÊNCIA A ATIVIDADES DIÁRIAS

() OUTROS:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE NO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>NOTA: DATA / HORA</p>	<p>NOTA: DATA / HORA</p>	<p>NOTA: DATA / HORA</p>	<p>NOTA: DATA / HORA</p>

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	18/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				manhã
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				manhã
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				manhã
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				manhã
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				manhã
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				manhã
10	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				manhã
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã
15	DEXTRO 12/12HS				manhã
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				noite
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	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:

Dr. Pedro Di Giovanni
 Médico
 CRM/RR 1615

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112/67	78	20	36,3	+	+
12H						
18H						
24H	130x90	94	20	36	+	+

12x40 157 mg/dl -- glicose 6h.

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ass. Enfermeiro
 CRM/RR 1615

NAME: WILLIAM JAMES


HD History of the (C)

DATA: 18/05/19 SEXO: (M) F IDADE: PESO: KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO?

LES OÙES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATEGORIA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFERICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL - SIM () NÃO ()	NÃO () DATA		
SONDA NASOGASTRICA - SIM () NÃO ()	NÃO () DATA		
SONDA NASOLATERAL - SIM () NÃO ()	NÃO () DATA		
DETONOS - SIM () NÃO ()	NÃO () DATA		



DIAGNOSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. ATER VAS AÍREAS FÉRVIAS
 2. ALIZAR CUIDADOS COM VAS
 3. EFICACIAS VITAS DE ____ / ____ H
 4. ATER MONTIDRIZADO
 5. ATER COSECEIRA ELEVADA ____
 6. ATER VAS TOT ____
 7. EFICACIA NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 8. ATER PARA QUEIJAS ALGICAS

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- | 1- FENILMENTO 2. ABRASÃO 3-HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO | UTERINA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV () |
|--|---|
|--|---|

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALENTELA () COMATOZO () DESORIENTADO	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRICA	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA	ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS	HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

TOPAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORNO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 POR INSPIRAÇÃO: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
 MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TÓSS: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÚNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COB DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APPARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () ARDIDO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____
 FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO R.L.M.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA	ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
---	--


APARELHO GENITURINÁRIO/DIVÉSE:

ESPOÑÁNEN	ESTIMULADA	DIÓSTOSOMIA	SVD	LIMPIDA	CONCENTRADA
INSMATZINA	ECUORICA	DIÓGIRIA	POCUIRUA	DISUUA	ADURIA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTER VAS AÊNEMAS PÉRVIAS _____
 ELIZAR CUIDADOS COM VAS _____
 ELIZAR SINAS VITAS DE _____
 INTER MONITORIZAÇÃO _____
 INTER CADECEIRA ELEVADA _____
 ELIZAR VAS TOT _____
 ELIZAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA _____
 ELIZAR PARA QUEIXAS ALGICAS _____
 ELIZAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS _____
 ELIZAR PERFUSÃO PERIFÉRICA _____
 ELIZAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS _____
 ELIZAR CONTROLE MIDRICO DE _____
 ELIZAR COMUNICAR E REGISTRAR AÇÕES. _____
 ELIZAR E REGISTRAR EDEMAS _____
 ELIZAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA JEJUN _____
 ELIZAR DISTENÇÃO ABDOMINAL _____
 ELIZAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO _____
 ELIZAR JEJUN A PARTIR DAS: _____
 ELIZAR DENTRO _____
 ELIZAR AUTOCUIDADO _____
 ELIZAR BANHO NO LETO _____
 ELIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____
 ELIZAR CURATIVO DIÁRIO _____
 ELIZAR PARA EXAMES EM: _____
 ELIZAR HIGIENE DE CONFORTO _____
 ELIZAR DEAMBULAÇÃO _____
 ELIZAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ALIMENTAÇÃO _____
 ELIZAR FÍSICA. _____
 ELIZAR _____
 ELIZAR _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>Paciente sem queixa de dor. Faltou a fazer o curativo e troca de gaze. Reduzido a medicação e SSU de Doravon 500mg Segue o cuidado em andamento.</p> <p><i>Próximo Atendimento</i> FRENTEIRO ALEXANDRE COREN-PR 524.651.15</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>Paciente bem quiescente durante o plantão. Realizado SSU de Doravon 500mg. Segue o cuidado em andamento.</p> <p><i>Próximo Atendimento</i> FRENTEIRO ALEXANDRE COREN-PR 524.651.15</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p>

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	19/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				11/11/11
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				10h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				política
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				1h
15	DEXTRO 12/12HS				18h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				10h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UIE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Rômulo Cherm St
Médico
CRM-RR 1615

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	114/74	79	20	36,0	+	+
12H	116/70	89	39	36,18	+	+
18H	Ausente		20	36,0		
24H	118/76	80	20	36,0		

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684


Nome: Dr. Rômulo Cherm St
Endereço: Rua 31/11, 1111
Cidade: Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000

NOME: ANDRÉ LUIZ ID: _____
 DATA: 11/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____
 PESO: _____ KG. LETO: 229 • 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 type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM Vias <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H <input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANter CABECEIRA ELEVADA ____ <input type="checkbox"/> ASPIRAR Vias /TGT____ <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGUMAS <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE ____ H <input type="checkbox"/> OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO									
CÂBERA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA									
NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO									
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA									
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUIDAS									
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA									
OBS:									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO									
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO									
MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES									
TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO									
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS									
CIRCULAÇÃO/CDR DA PELE/MUCOSAS:									
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA									
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIKA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()									
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA									
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARÍTMICO () FLUFOPME									
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
AETITE: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA									
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICÃO () DESNUTRICO									
RUÍDO () AUSENTES () PRESENTES									
AÚDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () SUGRÁVEL									
ELIMINAÇÕES: () REGULAR () IRREGULAR () INCONTINÊNCIA () CONSTIPACÃO () DIARREIA									

$\frac{1}{2} = \frac{1}{2}$

1
7
9



NO INFO MEDICADO, SSV

Teheran

329



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

H
C

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	PARADOL 1000	30h
2	MOISSON 1000 PERIFÉRICO	manhã
3	DIETAS 1000 EV 8/8H	suspensão
4	DIETAS 1000 EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIETAS 1000 EV 5/5H SN	SN
6	TRAMAL 1000 + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CLONAZOL 40MG VO DE MANHÃ EM JEJUM	OB
9	CLONAZOL 40MG VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	DIETAS 1000	Rotina
11	DIETAS 1000	SN
12	DIETAS 1000	SN
13	DIETAS 1000 (não tem mais curativo)	14h
14	DIETAS 1000	14h
15	DIETAS 1000	20h
16	DIETAS 1000	
17	DIETAS 1000	
18	DIETAS 1000	
19	DIETAS 1000	
20	DIETAS 1000	
21	DIETAS 1000	
22	DIETAS 1000	
23	DIETAS 1000	
24	DIETAS 1000	

VOI...
... SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
... PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS,
... EU... TOTE, BEG.
... LICA

Dr. Raphael Antunes
Médico
CRM 1396

FR	EMP	1	E
6 H	100	16	36
12 H	85	16	36,24
18 H	83	16	36,54
24 H	83	16	36,54

18h 145-81d1

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ:	DATA:	HORA:	MANHÃ:	DATA:	HORA:
<p>Roberto apêndix, Dueto otelul eumes AA. Pando hizaoda Sem guiza. Oubenda bem doct. Tuncs lualdifo Momois. Se fuiu aos euidada de o gual Sem imbecerência</p> <p>ASS E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 13:00 DATA / HORA 22/05/19</p> <p>Sem autoneoneuon</p> <p>ASS E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>				
<p>ASS E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>				

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	21/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
6	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				S/W
3	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				S/W
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/W
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				DE
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/W
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				Al
14	CURATIVO DIÁRIO (Sustentado)				
15	DEXTRO 12/12HS				18h 18h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250				
20	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:

para 5/100 EIXAS, 4000g
 fisiológicos presentes
 CD = mantida

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
08H	110x60	84	--	36°C	-	+
12H	130x80	94	18	36°C	+	-
18H	120x80	84	--	35.4	+	+

6:00 Dextro. 100mg/dl

Dr. Lúcio Silva
 Médico
 Cirurgião 2010



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

SOFIA Juciano dos Santos

HD

DATA:

22/05/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

328

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO (X)		DATA:	

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO (X) DATA:
 BRENOS? SIM (X) NÃO (X) DATA:
 OVAL?
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES1- 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 CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS
 HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: () SUPLENÉICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
 TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:CIRCULADA () ÚNICA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSSÃO 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: () BOM () RUIM () DESNUTRIDO
 RUA () ANSIEDADE () PRESENTE
 ABDOME: () LAURO () DISTENDIDO () TÍPICO () AGUDO () VAGUO
 ELIMINAÇÃO: () NORMAL () PRECÁRIA
 () DIARRÉIA () CONSTIPADA () HEMÓRRIA () HEMÓRRIA () HEMÓRRIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ() RISCO PARA NUTRIÇÃO
 DESQUALIFICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZTERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE() RISCO PARA QUEOAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA() DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBALPREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO() DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA/
 () MANEJO DO SONO PREJUDICADO() DEFECÇÃO PREJUDICADA
 () CONSUMO PREJUDICADO
 () NÍVEL DE ATIVIDADE PREJUDICADO() MANTER VIAS AÉREAS PERVAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABEÇA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS/ TQT() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
 () MANEJO PARA QUEIXAS ALGICAS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANEJO ACESSOS VENOSOS PERVAS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 6/6 H() OBSERVAR/ COMUNICAR E REGISTRAR
 () OBSERVAR/ REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
 GAVAGEM() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
 DIETA() MANEJO JEJUM A PARTIR DAS 6/6 H
 () REALIZAR DEXTRO 8/8 HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO() REALIZAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 6/6 H() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A
 ATIVIDADE FÍSICA

() CUIDADOS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	NOITE:	MANHÃ:	NOITE:
<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA:</p>	<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA:</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA:</p> <p>Assistente de Enfermagem Téc. Enfermagem 907-549</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA:</p> <p>Assistente de Enfermagem Téc. Enfermagem 907-549</p>



Paciente: João Teodoro Dos Santos	Sexo: Masculino	Nasc. 15/08/1958	Idade: 61 ANO
Solicitação: 10009257	Numero Interno:	Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828	
Origem: HC	Sator: BLOCO 3A	Leito: 323	
Data da Emissão: 28/03/2019 21:02	Recabimento: 27/03/2019 06:31		

Resultado do Exame

Nome: 1000925702

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1,85 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

Creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE FASAI

Resultado

54,17 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Metodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

23,78 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Metodologia: M16 - Colorimétrico Uv (com Piridoxal)

TGP

Resultado

19,35 U/L

Referência

5,0 - 36,0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Colorimétrico Uv (urease)

URÉIA

Resultado

38,85 mg/dL

Referência

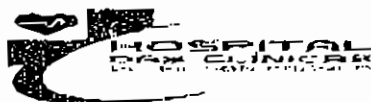
15,0 - 40,0 mg/dL

Valdison Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRM-RR 436

Endereço: Rua Rosemeire, 172 - Bela Vista - Fátima/Uberlândia - Minas Gerais - CEP: 38400-000
Fone: (35) 3211-1111 - Site: www.hospital-saoclemente.com.br

28/03/2019 08:46

(*) Ratificado
Página 1 de 1



Paciente: **João Teodoro Dos Santos** Sexo: Masculino Nasc: 15/08/1958 Idade: 61 ANO
Solicitação: 10009257 Número Interno Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828
Urgência: NO Setor: BLOCO 3A Leito: 323
Data de Emissão: 26/03/2019 21:02 Recebimento: 27/03/2019 08:31

Resultado de Exame

Exame: 1000925701

COAGULOGRAMA COMPLETO

Exame	Resultado	Referência
Coagulador Automático (Destiny Plus)	SEM KIT seg	10.0 - 14.0 seg
TEMPO DE PROTROMBINA	SEM KIT	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31.2 seg	25.0 - 35.0 seg
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	SEM KIT	0.0 - 1.25
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	SEM KIT %	70.0 - 100.0 %

O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos exames de coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de coleta.

Em situações de emergência ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Geraline C. Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRM-RR 114

Assinatura: Maria Izabel Mossato Farmacêutica-Bioquímica - CRM-RR 24508
Data: 27/03/2019 08:31

23/03/2019 08:31

(*) Referência
Página 1 de 1

H
C

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, B.E.G.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/72	72	16	35.7°
12 H	120/70	45	20	36°
18 H	134/80	87	-	36°
24 H	130/90	57	-	34.7°C



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Sociedade de Saúde

HD

DATA:

28/05/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

328

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VENTIL: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTÉRAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() MANUTENÇÃO VAS AÉREAS PÉRVIAS
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() ANSIEDADE	() MEDO	() MANUTENÇÃO MONITORIZAÇÃO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() MANUTENÇÃO CÂBERÇA ELEVADA _____
() Desequilíbrio	() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ASPIRAR VAS /TGT _____
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DEOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
() FADIGA	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() RISCO PARA QUEIMAS	() RISCO PARA LESÃO	() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() AUTOSTIMA PERTURBADA	() DIARREIA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() CONSTIPAÇÃO	() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EDEMAS
() DOR	() HIPOTERMIA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() HIPERTERMIA	() HIPERTERMIA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() INTEGRIDADE DA PILE PREJUDICADA	() PADRÃO DO SINO PREJUDICADO	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() Degradação no cuidado	() CONTROLE DE CUIDADO	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA OFERTA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() DOR	() HIPOTERMIA	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() HIPERTERMIA	() HIPERTERMIA	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() INTEGRIDADE DA PILE PREJUDICADA	() PADRÃO DO SINO PREJUDICADO	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() Degradação no cuidado	() CONTROLE DE CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LETO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() DOR	() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPERTERMIA	() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() INTEGRIDADE DA PILE PREJUDICADA	() PADRÃO DO SINO PREJUDICADO	() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
() Degradação no cuidado	() CONTROLE DE CUIDADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLENCIA
() DOR	() HIPOTERMIA	() ATIVIDADE FÍSICA
() HIPERTERMIA	() HIPERTERMIA	() CUIDADOS

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO 8-ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

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

MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERIDORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIBRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA

() CIANÓTICA () ALIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

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


PULSO: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () EUTRÓFICO () DESNUTRIDO

RÁPIDO () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLAC () DISTENDIDO () FENSO () DUREZA () MOLEZA () DUREZA

ELIMINAÇÃO DEFEZES: () REGULAR () DIÁRIA () FREQUENTE () RARAS () PRECÁRIAS

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	23/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 12/12HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA. 200-250:				
20	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				

HC

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Marcos Brito
Médico de Plantão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19417/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120/80	88		36°	-	+
12H						
18H	140/80	75	20	36.3	-	+
24H	140/80	72		36.9	-	+

Jaivan
Jaivan

DATA: 22/05/23 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 325 • ALÉRGICO? _____

1. E. T. FIQUE SEMA LESÃO

COMPTON, AS DO BOUTE, 15, PENS-60

[illegible]

1. The first part of the document is a list of references. The references are listed in a standard format, with the author's name, the title of the work, and the publisher. The references are as follows:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	
MANHÃ:	DATA: 23/05/19 HORA: 11:00
<p>Paciente estável, melhor, otólito ausente. NA Causa midriase, náuseas, vômitos, náuseas sem febre. Ruído, ruído a urina, orelha direita otoscopia, função fisiológica normal referidas ausentes de orelha. Sem melancolia</p>	

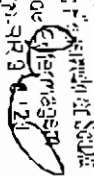
ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: / / HORA:
<p>Paciente, lucido e orientado e tem o quinqüeto. Faz 30 de SVD de rotina.</p>	
<p>Yves Jelson Rago Wile COORDENADOR</p>	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	
MANHÃ:	DATA: 23/05/19 HORA: 11:00
<p>Paciente estável, melhor, otólito ausente. NA Causa midriase, náuseas, vômitos, náuseas sem febre. Ruído, ruído a urina, orelha direita otoscopia, função fisiológica normal referidas ausentes de orelha. Sem melancolia</p>	

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: / / HORA:
<p>Não foi feito nenhum SVD para a paciente. Sem febre e sem náuseas.</p>	
<p>Yves Jelson Rago Wile COORDENADOR</p>	

16:00 23/05/19

sem intercorrências.


 Jelson Rago Wile
 COORDENADOR

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
LOADE		LEITO	329	DATA	24/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				5h
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5h
10	SSVV + CCGG 6/8 H				Rolina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5h
14	CURATIVO DIÁRIO				1h
15	DEXTRO 12/12HS				18h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250.				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
21	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

DR. Marcelo
Marques
CRM/RR 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D.
6H	140/70	80	18	36°C	+	+
12H	130/80	93	17	36°C	+	+
18H	fona	90	18	36°C	+	+
24H	130/70	80	18	36°C	+	+

18h
De + T
246 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME

JOÃO VITOR DOS SANTOS

HD

DATA

21/05/18

SEXO

M () F

IDADE

33

PESO

70,5

KG.

LEITO

323

ALÉRGICO?

• 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 NASOENTÉRIAL	SIM () NÃO ()	DATA		
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?		

LESÕES



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
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOIR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONDOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA
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:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENDO () AGUDO () YAG PALPAVEL
ELIMINAÇÕES/NUCLEOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA
() URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSICA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
TERAPEÚTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS
AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BROMCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGEMAS
() ATENTAR PARA MÚSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR
ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
SAUGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA DORES 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>ASS. E CARIIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 15h DATA / HORA 24/05/16</p> <p>Sem intercorrências.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Cintia Helena Lima de Souza Téc. em Enfermagem COREN-RR 016.123</p>	<p>ASS. E CARIIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>NOTA: DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>NOTA: DATA / HORA</p> <p>Realizado SGLV + medicação C.D.M., Sinais vitais estáveis. Segue em espera de alta médica.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Cintia Helena Lima de Souza Téc. em Enfermagem COREN-RR 016.123</p>	<p>ASS. E CARIIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	OP	14-05	PRE-OP	
IDADE		LEITO	329	DATA	25/5/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				manhã
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				manhã
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				manhã
5	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				manhã
6	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				manhã
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				manhã
8	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				manhã
10	CURATIVO DIARIO				manhã
11	DEXTRO 12/12HS				manhã
12	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				noite
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

INDICAÇÃO MÉDICA:

N

VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D	DXT
08H	120x90	88	-	36.6	-	+	1
12H	110x80	80	-	36.6	+	+	1
16H	110x80	80	18	36.5	+	+	1
20H	115x85	78	-	36.2	-	+	1



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: 10005 10010 no filo 10010 HD _____

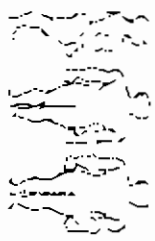
DATA: 05/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()		DATA: _____	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA: _____	
DIREÇÃO? SIM (X) NÃO ()		QUAL? _____	

LESÕES



DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRuíDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉJUA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBIOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERICÁRDICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FRACO
PULSO: () FORTUITO () FRACO () DEBILITADO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOMEN: () MOLE () DUREZA () TENDÃO () TÍPICO () ATÍPICO ()
INFLAMAÇÃO: () NÃO () SIM ()
PAINEL: () NÃO () SIM ()
PAINEL: () NÃO () SIM ()
PAINEL: () NÃO () SIM ()

() RISCO DE INFECÇÃO

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() INCAPACIDADE DE MANter

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() MANter MONITORIZAÇÃO

() TRUÇA GASOSA PREJUDICADA

() MANter CABECEIRA ELEVADA _____

() ANSIEDADE

() ASPIRAR VIAS TOT _____

() MEDO

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() OBSERVAR PERÍSSUA PERIFÉRICA

DESEQUILIBRADA

() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

TERAPÉUTICO

() VERIFICAR E REGISTRAR COEMAS

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

AÉREAS

() GAVAGEM

() FADIGA

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

() RISCO PARA QUEEDAS

DIETA

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H

() DIARRÉIA

() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS

() CONSTIPAÇÃO

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO

() RISCO PARA CONSERVAÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

PREJUDICADA

() REALIZAR CUIDADO DIÁRIO

() RISCO PARA BRUVO ASPIRAÇÃO

() PREPARAR PARA EXAMES EM _____

() DOR

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO _____

() HIPOTERMIA

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() HIPERTERMIA

() CONSERVAR E INGESTAR INTOLERÂNCIA

() PERIGRIDADE DA TLE PPTUO CALHA

() MANter SINAIS

() DOR

() MANter SINAIS

() DOR

() MANter SINAIS

() DOR

() MANter SINAIS

() DOR

() MANter SINAIS

MORNING		AFTERNOON	
DATE	HOUR	DATE	HOUR
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p>	
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO</p>		<p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p>	



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL P DM E HAS	SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	mañ
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H	SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H 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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
12	CURATIVO DIÁRIO SN	M
14	SSVV + CCGG 6/6 H	Not. 14
15	DEXTRO 6/6H	06 10
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:

SG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AD: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	110/70	89	20	36	+	0
12 H	121/10	89	24	36.5	+	0
18 H	NÃO SE ENCONTRA					
24 H	123/73	92	20	36.5	+	0

Dr. Marcus Fränner
Médico
09/05/2017

Dr. Marcus Fränner
Médico
09/05/2017

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS

CATERE CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO ()			
DRENOS: SIM () NÃO ()			

LESÕES

(Handwritten notes in the lesions section)

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTOS 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
VÍZUS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIZOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VÍNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPÍMODOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELAENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTENDIDA () FLÁCIDA () HIPERPLÁDICA () HIPOTRÓFICA
() NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
() LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

DIAGNÓSTICO


- () RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPIÚTICO
() DESTRUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DEBILIDADE CARDÍACA DIMINUIDA
() OUTROS.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA MANUS 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS ____ H
() REALIZAR DEXETRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

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

303

 HOSPITAL DE RORAIMA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						HC	
CLÍNICA MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE			LEITO	329	DATA	27/5/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL P DM E HAS						SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						mon
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						SUSPENSO
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 INTEN						SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN						SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN						SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						SN
12	CURATIVO DIÁRIO SN						SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H						Rotina
15	DEXTRO 6/6H						15:00h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE						20:00h
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 OB GHILOSE = 70 UI/ML; GHILOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
 AR: MVF SEM RA
 AB: SEM ALTERAÇÕES
 MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
 PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E	Dxt
6 H	130/90	67		36.5°	+	-	154 mg/dl
12 H	140/60	80	18	36.3°	+	+	150 mg/dl
18 H	140/90	96	-	35.7°	+	+	145 mg/dl
24 H	129/77	75	16	36°	+	+	154 mg/dl

12 horas - obs: Paciente recusou a correção de glicose insulina regular 6UI.

com paciente sem flet. pt verificação de dextro - glicose 145 mg/dl



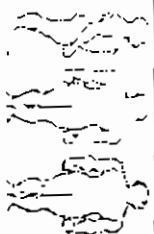
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Roberto dos Santos HO 328
DATA: 27/05/19 SEXO: (M) F M IOADE 328 PESO 70 KG. LETO 328 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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 NASOENTÉRICAL: SIM () NÃO () DATA: 27/05/19
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? NAO

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: NAO GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: NAO

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚLTIPLAS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO: NAO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONDOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

() HIBRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () CERCOSIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMECA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FLETORNO
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO
LOCAL DO PULSO: NAO

APARELHO GASTROINTESTINAL

ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM ()
ESTADO DE HIGIENE: () BOM () RUIM ()
ESTADO DE ALIMENTAÇÃO: () BOM () RUIM ()
ESTADO DE HIGIENE PESSOAL: () BOM () RUIM ()

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANEIR
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 QUEIMAS
() RISCO PARA QUEIMAS
() AUTODESTIMA PERJUDICADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() CONTAMINAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() ATUALIZAÇÃO DA FERRAMENTA EDUCACIONAL
() ATUALIZAÇÃO DA FERRAMENTA EDUCACIONAL

() MANEIR VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 7 H
() MANEIR MONITORIZAÇÃO
() MANEIR CABEÇA ELEVADA 7 H
() ASPIRAR VIAS 7 H
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
() ATENTAR PARA NASSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANEIR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 7 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA
DIETA
() MANEIR JEJUM A PARTIR DOS 7 H
() REALIZAR DE XTR 7 H
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 7 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO

() MANEIR VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 7 H
() MANEIR MONITORIZAÇÃO
() MANEIR CABEÇA ELEVADA 7 H
() ASPIRAR VIAS 7 H
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
() ATENTAR PARA NASSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANEIR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 7 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA
DIETA
() MANEIR JEJUM A PARTIR DOS 7 H
() REALIZAR DE XTR 7 H
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 7 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
<p>Paciente acordou, Sus de nível. Exames Cardíaco, respiratório e em Releixa, a/c 80 Shadler de 2000 de 30.000. Paciente consciente e se COM. observando em data fórmula fisiológica normal</p> <p>TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente acordou, Sus de nível. Exames Cardíaco, respiratório e em Releixa, a/c 80 Shadler de 2000 de 30.000. Paciente consciente e se COM. observando em data fórmula fisiológica normal</p> <p>TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente acordou, Sus de nível. Exames Cardíaco, respiratório e em Releixa, a/c 80 Shadler de 2000 de 30.000. Paciente consciente e se COM. observando em data fórmula fisiológica normal</p> <p>TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente acordou, Sus de nível. Exames Cardíaco, respiratório e em Releixa, a/c 80 Shadler de 2000 de 30.000. Paciente consciente e se COM. observando em data fórmula fisiológica normal</p> <p>TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p>



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	26/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
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 MMHG				SN 06
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				20:06
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 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, LÓTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Indicando para OPERAÇÃO

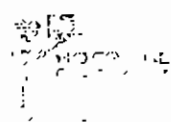
Dr. Elton Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

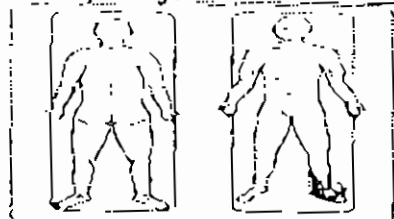

SINAIS VITAIS	PA	FC	TOX	D	E	DXT	
6 H	100/70	84	36.9	+	-		06
12 H	140/80	73	36.8°C	+	+		
18 H							14
24 H	100/70	73	35.5°C				22

64 mg/dl

feito
guar
opu
tec com

Por com a fístula acesso venoso!

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

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>10/03/19</u> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: 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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
Profilaxia <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<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 1% <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 <u>09:59</u> <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da próxima troca: <u>07/03/19</u>			
Intervalo de 24hs 01- <u>8h</u> 02- <u>8h</u>		01- 02-	
Assinatura do Enfermeiro <u>[Assinatura]</u>		Assinatura do Médico	

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

NOME: Dr. João Roberto dos Santos

HD

DATA: 26/03/85

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO X LOCAL: DATA:

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO X LOCAL: DATA:

SONDA VESICAL: SIM () NÃO X LOCAL: DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO X LOCAL: DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO X LOCAL: 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. AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO X LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OSTRUTULAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL RAZOVEL () PRECARIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOA INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUCLÉDICO () TÁQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

AUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

HIPO () HIPO () DESIDRATADA () CONVULSA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA

() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: 4+ NORMAL () DIMINUIDA

PULSO () EUCLÉDICO () TÁQUICARDÍACO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: BOA () BOA () AUMENTADO () ESTADO NUTRICIONAL: EM BUENA () DEFICIT () EM BUENA

DIARRÉIA: () NÃO () DIARRÉIA () DIARRÉIA () DIARRÉIA () DIARRÉIA

HEPATOMEGALIA: () NÃO () HEPATOMEGALIA () HEPATOMEGALIA () HEPATOMEGALIA

ESPALMAGAMENTO: () NÃO () ESPALMAGAMENTO () ESPALMAGAMENTO () ESPALMAGAMENTO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TRÓCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEIO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESBESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FRIO GA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA GRUPO DE ASPIRAÇÃO

() DIARRÉIA

() HEPATOMEGALIA

() ESPALMAGAMENTO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA GRUPO DE ASPIRAÇÃO

() DIARRÉIA

() HEPATOMEGALIA

() ESPALMAGAMENTO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6 H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /OT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGÉICAS

() OBSEQUIAR PERÍSSO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 H

() OBSEQUIAR, COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS

() AVALIAR RESCÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUNIA PARTIR DAS 8 H

() REALIZAR DEXTRO 2 HORAS

() ENCAMINHAR AO DANO DE ASPIRAÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 2 H

() REALIZAR CURATIVO GÁSTRICO

() PREPARAR PARA EXAMES EM 2 H

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

() REALIZAR HIGIENE DE CÔNITO

1996-1997

SECRET

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

ANALYSED BY THE ANALYST

— 194 —

21

Remind myself that I am a
college senior & don't
worry about the
future too much now

TRADE:

DATA

HGR

1

TARD

全

DATA

HORA

26/03/09

Posição das infloresc. dentro da
capitulação, do lado da euf.

2000

NOTE:

DATE _____

HORA.

1

NOTE

2

DATA

1054

2703719

Paciente ein v. P. 0.00, Adm.
nachher 0.00 + 35 v. Ao. bei-
does de es frangues. Circa 1700 P.m.

Received of
CCEA

— PRINCIPAL INFERENCES

— 555. — CANTONING TEE EXHIBITION

04

329

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDICA HC

HC

| | | | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|---------|----------|----|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | | | DI | DN |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | | |
| DIAGNOSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | | |
| IDADE | | LEITO | 326 | DATA | 03/2019 | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | HORÁRIO | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | 5 AM | |
| 3 | CICLOPIMIL 1G EV 8/8H | | | | | mantido | |
| 4 | FILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | 24/06 | |
| 5 | DIPIRONA 2G LVE/6H S/N | | | | | SUSPENSO | |
| 6 | PARAL 100mg + 5L 0.5% IV OU OL CP VO 8/8h SE DOER ALTA DOR | | | | | S/N | |
| 7 | PLASIL 10 mg LV 8/8h (S/N) | | | | | S/N | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | 06 | |
| 9 | SILMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | S/N | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Roda | |
| 11 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | S/N | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | 41 | |
| 13 | DEXTRO 8/8HS | | | | | 16/24/08 | |
| 14 | AMFETRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 20/08 | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | |
| 61 | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | |
| 81 | | | | | | | |
| 82 | | | | | | | |
| 83 | | | | | | | |
| 84 | | | | | | | |
| 85 | | | | | | | |
| 86 | | | | | | | |
| 87 | | | | | | | |
| 88 | | | | | | | |
| 89 | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | |
| 91 | | | | | | | |
| 92 | | | | | | | |
| 93 | | | | | | | |
| 94 | | | | | | | |
| 95 | | | | | | | |
| 96 | | | | | | | |
| 97 | | | | | | | |
| 98 | | | | | | | |
| 99 | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACENDANDO BLM A DIETA ORAL OFERTADA
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRIL, TOSSO OU DIARRÉIA
HEPÁTICO, LÍL, BILG.
AGILIZANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

| DATA | PA | FC | FR | TA | D | E |
|-------|--------|----|----|-------|---|---|
| 07/08 | 130x80 | 86 | 20 | 36/50 | + | 0 |
| 12/08 | 120x80 | 73 | 18 | 36/50 | + | + |
| 13/08 | 130x86 | 96 | 18 | 36/50 | + | - |
| 24/08 | 120x80 | 79 | 18 | | + | + |

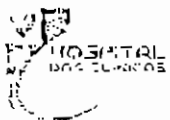
DEXTRO 08:00 = 50mg/dl
recurso a glicose

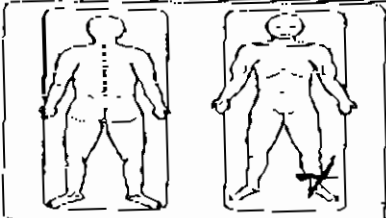
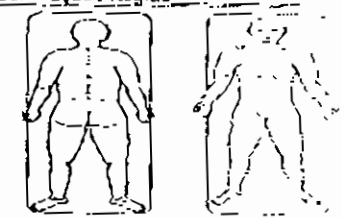
DEXTRO 09:00 = 140mg/dl

MA AMB
Curren-RB 178
Vale

08/08 24 h = 107

DEXTRO 08 h -> 54 mg/dl -> paciente reusa glicose, vai
fazer alimentação, sem alteração

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

| | | | |
|---|---|--|---|
| Nome: <u>João Tendoz das Santos</u> | | | |
| DATA: <u>04/03/19</u>
1º GRAU - I
2º GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
1º GRAU - I
2º GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra | | Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> Com escarro
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Com escarro
<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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input 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 | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Ocor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | Ocor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perifoneal:
<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | | Condição da pele Perifoneal:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5%
<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 de curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:35</u> <input type="checkbox"/> Tarde | | Hora de curativo:
<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs
<u>05/03/19</u> | | | |
| Carimbo e Ass. Leg. em Enfermagem
Carimbo e Assinatura de Enfermeiro
01- <u>Elisete Lopes de Sousa</u>
<u>CORTESIA 917 955 11</u>
<u>Elisete Lima</u>
<u>Enfermeira</u>
<u>COREN/RN 355836</u> | | 01-
02- | |
| OBS: | | OBS: | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Couva Fee, 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: Carla da Silva SEXO: M () F () IDADE: 39 PESO: 58 KG. LETO: 303 HO: 04/03/15 ALÉRGICO? Não

| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | LESIONES | | 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"/> TOCA GÁSOSA PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE
<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO
<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 À ATIVIDADE
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMADAS
<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"/> 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 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"/> RISCO CARDÍACO OBTURADO
<input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: <u>DATA 04/03</u>
CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: <u>DATA 04/03</u>
Sonda vesical SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>04/03</u>
Sonda nasogastrica: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>04/03</u>
Sonda nasointestinal: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>04/03</u>
DRENOS: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <u>04/03</u>
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES | | | | 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>GRAU I () GRAU II () GRAU III ()</u>
CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> 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"/> PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: | | | |
| TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
ROR INSPIRATÓRIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () SÍSTILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CONJUNTA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () ALFOMBE
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: <u>FREQUÊNCIA</u>
APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DEPRIMIDO () AUMENTADO
BARRIGA: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () PRESENTES ABDOMEN: <input checked="" type="checkbox"/> FLACIDO () DISTENDIDO () TÍPIDO () AGUDO () VAGO PAUPÁLID
TENDÃO DE PATELA: <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO () NEGATIVO ()
HEPATOMEGALIA: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () PRESENTES ()
SPLINOMEGALIA: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () PRESENTES ()
COLORETO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () PRESENTES ()
OUTROS: | | | | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRIAS
<input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>h 6</u> h
<input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> MANTER CABEÇA ELEVADA
<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS /TGT
<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
<input checked="" type="checkbox"/> ATENÇÃO PARA NAUSEAS E VÔMITOS
<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERCUSSÃO PERIFÉRICA
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRIOS
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>h 6</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 JEJUN A PARTIR DAS <u>h 6</u> h
<input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>h 6</u> h
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LETO
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>h 6</u> h
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
<input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM:
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO
<input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
<input type="checkbox"/> OUTROS: | | | |

Elaboração: Carla da Silva
 Data: 04/03/15
 Assinatura: Carla da Silva
 COREN: 000000

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA 24/05 HORA 11h

Recebeu o banho, alimentação, gelado, Eutimico
 no estado, com a medicação sem queixas
 sem alterações, na pele sem feridas e
 sem lesões, deitamos bem, após o exame
 funções fisiológicas mantidas.

Elisângela
 Enfermeira
 COREN/RN 36659

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA :

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA 24/05 HORA 08h30

Realizado exame físico e auscultação
 sem alterações. Deitamos bem, após o
 exame, o paciente está bem, com
 funções fisiológicas mantidas.

Márcia
 Técnica
 COREN/RN 36659

ASS. E CARIÓTIPO-TÉC. ENFERMAGEM:

TARDE:

DATA / HORA :

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA 24/05 HORA 20h57

Recebeu o banho, com gelado, Eutimico
 no estado, com a medicação sem queixas
 sem alterações, na pele sem feridas e
 sem lesões, deitamos bem, após o exame
 funções fisiológicas mantidas.

Bernardo R. S. Silva
 Enfermeiro

COREN/RN 36659-011

ASS. E CARIÓTIPO-TÉC. ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA 24/05 HORA 21h12

Recebeu o banho, com gelado, Eutimico
 no estado, com a medicação sem queixas
 sem alterações, na pele sem feridas e
 sem lesões, deitamos bem, após o exame
 funções fisiológicas mantidas.

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 |
| IDADE | LEITO | 329 | DATA | 3/3/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E IAS | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | |
| 3 | CEI EPIME 1G EV 8/8H | | | 22:00 |
| 4 | FILATIL 20MG EV 12/12H | | | |
| 5 | DIPIRONA 2G EV 6/6H SN | | | S/N |
| 6 | BRAMAL 100mg SI 0.9% IV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA | | | S/N |
| 7 | PLASIL 16 mg EV 8/8h (S/N) | | | S/N |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | 06:00 |
| 9 | SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | S/N |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | Rotina |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | NA |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | 18:00 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | 20:00 |
| 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:

4. UNIF ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRI, TOSSE OU DIARRÉIA
APNÉICO, LOFF, BCG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Solicito RX TORNZELO @.

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

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | Tax | D | E | DTT |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|-----|
| 6 H | 102x72 | 73 | 18 | 35.7 | + | 0 | |
| 12 H | 100x70 | 70 | 17 | 37.2 | + | 0 | |
| 18 H | 93x80 | 78 | 18 | 36.8 | + | 0 | |
| 24 H | 119x76 | 76 | 18 | 36.3 | + | 0 | |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA I
TRAUMATOLOGIA

2040 Regular

so Rotulado foca sup gelco 24 fluindo bem
cicatrizes diurno molissado com onicú

Relatório de evolução



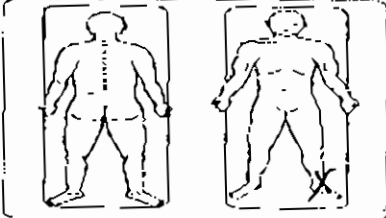

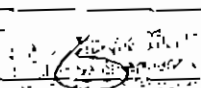
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2017

Atualizada: Janeiro / 2015

ENTRELEITO:

| Nome: <u>João Teodoro das Santos</u> | | | |
|--|--|--|--|
| DATA: _____
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA: _____
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | <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 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"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <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 | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo |
| Der. | <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 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 _____ | <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 checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina 2%
<input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2%
<input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2%
<input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| 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: _____ | <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 | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca:
Em caso do + de 24hs | 04/03/19 | | |
| Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem | 01-  02- _____ | 01- _____ 02- _____ | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | |
| OBS: | | | OBS: |

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

NOME: Roberto José

HD

DATA: 24/03/18

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INEQUILIBRIO

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA ____

() ANSIEDADE

() ASPIRAR VAS /TUT ____

() MEDO

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H

() TADIGA

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() RISCO PARA QUEIMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() RISCO PARA LESÃO

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() AUTODESTIMA PERTURBADA

() ESTIMULAR E REGISTRAR AÇÃO DA DIETA

() DIARREIA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H

() CONSTIPAÇÃO

() REALIZAR DEXTO ____ / ____ HORAS

() RISCO PARA AUTO CUIDADO

() ENCAMINHAR AO DANO DE ASPERSÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() RISCO PARA SINCRO ASPIRAÇÃO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H

() DOR

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() HIPOTERMIA

() PREPARAR PARA EXAMES EMI: ____

() HIPERTERMIA

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() MANUTENÇÃO PREJUDICADA

() OBSERVAR E REGISTRAR INTELIGÊNCIA E ATIVIDADE FÍSICA

() CONFORTO PREJUDICADO

() CUIDADOS

() DENTRO CÂMBIO DIÁRIO

() DENTRO CÂMBIO DIÁRIO

() DENTRO CÂMBIO DIÁRIO

() DENTRO CÂMBIO DIÁRIO

| | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------|
| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | AN. IÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
| MANHÃ: | DATA / / HORA : | MANHÃ: | DATA 03/05/2008 HORA 08:00 |

| | | | |
|--------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: | | ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | |
| TADE: | DATA / / HORA : | TADE: | DATA / / HORA : |

| | | | |
|--------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: | | ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | |
| TADE: | DATA / / HORA : | TADE: | DATA / / HORA : |


| | | | |
|--------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: | | ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | |
| TADE: | DATA / / HORA : | TADE: | DATA / / HORA : |

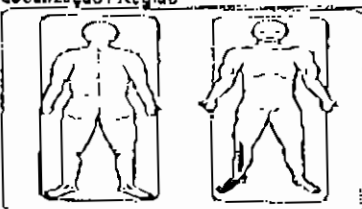

1000 - 0000 - 0000 - 0000

1000 - 0000 - 0000 - 0000

16:00 Desb 76 unidades, ovinho de perine
e com a sua filha para a mamada
e glândulas mamárias
[Signature]

Realizado em unidades de 2m
perine e mamada
TE 4/2/2008
432410

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

| | | | | |
|---|--|---|---|-----|
| Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u> | | | | |
| DATA: <u>23/02</u>
GRAU - I
GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
GRAU - I
GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV
<input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma molha | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra | | |
| Tamanho da Ferida | Comprimento: _____ cm
Largura: <u>5</u> cm
Profundidade: <u>3</u> cm | Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <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"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | |
| Cor | <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 baixa 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 baixa do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Periférica | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras | | |
| Solução para Impeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (Contato direto na ferida) | <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: | <u>trocar dia 24/02</u> | | | |
| Encargo de + de 24hs | | | | |
| Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem | 01- <u>Sua Paula</u> | 02- | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | | |
| OBS. | | | | |

329



HOSPITAL DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--|-----|------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | 329 | DATA | 28/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL P DM E HAS | | | | San |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | marlon |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SA |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER | | | | SA |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SA |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN | | | | SA |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN | | | | SA |
| 10 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SA |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO SN | | | | SA |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rafael |
| 15 | DEXTRO 6/6H | | | | 18/04/2012 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | Art. 7. | | | | |
| 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:

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVE SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDAR DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dr. Marcos Brunner
Médico
CRM-RR 1817

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | DOX | | |
|---------------|--------|-----|----|--------|-----|--|--|
| 6 H | | | | | | | |
| 12 H | 120/90 | 100 | 18 | 36,3°C | 553 | | |
| 18 H | | | | | | | |
| 24 H | | | | | | | |

DATA: 28/05/13
SEXO: M () F
IDADE: _____
PESO: _____ Kg.
LEITO: 223
• ALÉRGICO? _____

| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | | | LESÕES | |
|---|-----------------|-------|------|--------|--|
| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | | | |
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA | | |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA | | |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO () | DATA | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | DATA | | | |
| SONDA NASOENTÉRAL | SIM () NÃO () | DATA | | | |
| DRENOS? | SIM () NÃO () | QUAL? | | | |
| IOGENTRQUE SE HÁ LESÕES | | | | | |
| 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO | | | | | |
| ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () | | | | | |
| CABEÇA PESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO | | | | | |
| PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA | | | | | |
| ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA | | | | | |
| VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA | | | | | |
| OBS: _____ | | | | | |
| TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO | | | | | |
| EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO | | | | | |
| DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO | | | | | |
| FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO | | | | | |
| MÚLTIPLAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____ | | | | | |
| RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍMOS () ESTERTORES () SIBLOS _____ | | | | | |
| CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: | | | | | |
| () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA | | | | | |
| () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA | | | | | |
| TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA | | | | | |
| APARELHO CARDIOVASCULAR | | | | | |
| RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () | | | | | |
| PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA | | | | | |
| PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍDO | | | | | |
| PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE | | | | | |
| LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ | | | | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL | | | | | |
| APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO | | | | | |
| RUMOR: () PRESENTES () AUSENTES () TÍPICO () DISTENDIDO () TÍPICO () VASOPALPÁVEL | | | | | |
| ELIMINAÇÃO: () NORMAL () ANORMAL () FREQUENTE () RARAS () PRECÁRIA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| () RISCO DE INFECÇÃO | | | | | |
| () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ | | | | | |
| () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | | | | | |
| () TROCA GASOSA PREJUDICADA | | | | | |
| () ANSIEDADE | | | | | |
| () MEDO | | | | | |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | | | | | |
| () RISCO PARA NUTRIÇÃO | | | | | |
| () DESQUILIBRADA | | | | | |
| () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | | | | | |
| () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | | | | | |
| () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | | | | | |
| () FADIGA | | | | | |
| () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | | | | | |
| () RISCO PARA Quedas | | | | | |
| () RISCO PARA LESÃO | | | | | |
| () AUTOESTIMA PERTURBADA | | | | | |
| () DIARREIA | | | | | |
| () CONSTIPAÇÃO | | | | | |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | | | | | |
| () DEFICIT DO AUTO CUIDADO | | | | | |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | | | | | |
| () RISCO PARA BOM CONTO ASPIRAÇÃO | | | | | |
| () DOR | | | | | |
| () HIPOTERMIA | | | | | |
| () HIPERTERMIA | | | | | |
| () INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA | | | | | |
| () PACIÇÃO DO SONO PREJUDICADO | | | | | |
| () REGULAÇÃO PREJUDICADA | | | | | |
| () TEMPERATURA PREJUDICADA | | | | | |
| () FREQUÊNCIA PREJUDICADA | | | | | |
| () PREJUDICADO | | | | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | | | | | |
| () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS | | | | | |
| () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS | | | | | |
| () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H | | | | | |
| () MANTER MONITORIZAÇÃO | | | | | |
| () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ | | | | | |
| () ASPIRAR VIAS /TOT _____ | | | | | |
| () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | | |
| () ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS | | | | | |
| () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS | | | | | |
| () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA | | | | | |
| () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS | | | | | |
| () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H | | | | | |
| () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELMINAÇÕES. | | | | | |
| () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS | | | | | |
| () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM | | | | | |
| () VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL | | | | | |
| () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA | | | | | |
| () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H | | | | | |
| () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS | | | | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSO | | | | | |
| () 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 | | | | | |

26/05/2020

Alta hospitalar

Unidade ~~Regina~~ Castro
Núcleo Enfermagem
FONE-UR 907.549

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TECN. ENFERMAGEM



Paciente: João Teodoro Dos Santos

Sexo: Masculino

Nasc: 15/08/1958

Idade: 61 ANO

Solicitação: 10009257

Número Interno:

Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1928

Origem: HC

Sector: BLOCO 3A

Leito: 323

Data de Emissão: 26/03/2019 21:02

Recebimento: 27/03/2019 06:31

Resultado de Exame

Amostra: 1000925703

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: 1126 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS | 8,00 x10 ³ /uL | 4.0 - 10.0 x10 ³ /uL |
| NEUTRÓFILOS | 58,50 % | 50.0 - 70.0 % |
| LINFÓCITOS | 33,00 % | 20.0 - 40.0 % |
| MONÓCITOS | 5,00 % | 3.0 - 12.0 % |
| EOSINÓFILOS | 2,80 % | 0.5 - 5.0 % |
| PLAQUETOS | 0,70 % | 0.0 - 1.0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 4,29 x10 ⁶ /uL | 4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL |
| HEMOGLOBINA | 12,00 g/dL | 13.5 - 18.0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 35,20 % | 40.0 - 50.0 % |
| MCV | 82,00 ug/L | 87.0 - 103.0 ug/L |
| MCH | 28,00 pg | 27.0 - 34.0 pg |
| MCHC | 34,10 g/dL | 32.0 - 37.0 g/dL |
| RDW CV | 13,00 % | 11.0 - 16.0 % |
| RDW SD | 45,00 fL | 35.0 - 58.0 fL |

PLAQUETÓGRAMA

| | | |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 178,00 x10 ³ /uL | 150.0 - 400.0 x10 ³ /uL |
| MPV | 9,60 fL | 6.5 - 12.0 fL |
| PDW | 16,40 | 9.0 - 17.0 |
| PCT | 0,171 % | 1.08 - 2.82 % |

Giselle C Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRM-RR 114

Assinatura: Giselle C Duarte - Farmacêutica-Bioquímica - CRM - RR 24509
Assinatura: Giselle C Duarte - Farmacêutica-Bioquímica - CRM - RR 24509

23/04/2019 08:45

(*) Revisado
Página 1 de 2



| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/06/1958 | Idade: 61 ANO |
| Solicitação: 15009257 | Número Interno: | Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828 | |
| Origem: IIC | | Sector: BLOCO 3A | Leito: 323 |
| Data de Emissão: 26/03/2019 21:02 | | Recebimento: 27/03/2019 08:31 | |

Resultado do Exame

Amostra: 1500925704

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

| Material, SORO | Resultado | Referência |
|---------------------------------------|---|----------------------|
| Metodologia: TR1 - Imunocromatografia | NÃO REAGENTE | NÃO REAGENTE |
| TESTE RÁPIDO 01 | | |
| TESTE RÁPIDO 02 | NÃO REAGENTE | SEM REFERENCIA |
| CONCLUSÃO FINAL | AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV | AMOSTRA NÃO REAGENTE |

Notas

1. Este teste rápido está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 1.201/2013 da Secretaria da Saúde de 2013.

2. Os testes rápidos de diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os kits Biodin TR-Line, TR 01 e o kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI0002 como TR 02.

3. O resultado NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido no 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

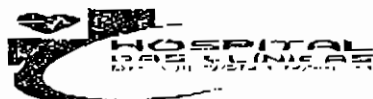
4. Resultados conclusivos da infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de PCR/RT-PCR na amostra do paciente.

5. Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico apresentado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

6. Quando a reavaliação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao CONSERVATÓRIO (SOROLOGIA PARA HIV).

7. Existem testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentam 100% de sensibilidade e especificidade, sendo extremamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Valdineia Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRM/RR 436



| | | | |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/06/1959 | Idade: 61 ANO |
| Solicitação: 70009885 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Próximo: 00 | | Setor: BLOCO 3B | Leito: 329 |
| Data de Emissão: 09/05/2019 11:18 | | Recabimento: | |

Resultado do Exame

Exame: **0283501**

DOSAÇÃO DE CREATININA

| | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Metodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino | 0,81 mg/dL | Sem Referência |
| Substância: CREATININA | | |

A creatinina é analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomendam-se um jejum mínimo de 2 horas.

DOSAÇÃO DE URÉIA SÉRICA

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Metodologia: M17 - Cinético Ur (urease) | 45,81 mg/dL | 15,0 - 40,0 mg/dL |
| Substância: URÉIA | | |

ok

Marcelo Pedrosa
Farmacêutico Bioquímico
CRF/RJ 1752

Endereço: Rua Prudente (Anta) / Hospital - Farmacêutica Bioquímica - CRF - RJ 265978
E-mail: marcelo@farmacelab.com.br

23/05/2019 08:46

(*) Revisado
Página 1 de 1



| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/06/1958 | Idade: 61 Anos |
| Solicitação: 70010089 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: IIC | Sator: BLOCO 3B | Leito: 329 | |
| Data de Emissão: 24/05/2019 20:34 | Recebimento: | | |

Resultado de Exame

Amostra: 70010089D2

DOSAGEM DE CREATININA

| | | |
|--|------------|-----------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino | 0,95 mg/dL | 0,6 - 1,4 mg/dL |
| CREATININA | | |

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

| | | |
|---|-------------|-------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase) | 77,56 mg/dL | 60,0 - 99,0 mg/dL |
| GLICOSE BASAL | | |

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

| | | |
|---|-----------|----------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico | 26,72 U/L | 5,0 - 38,0 U/L |
| TGO | | |

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

| | | |
|--|-----------|----------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal) | 23,36 U/L | 5,0 - 38,0 U/L |
| TGP | | |

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

| | | |
|---|-------------|-------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease) | 46,42 mg/dL | 15,0 - 40,0 mg/dL |
| URÉIA | | |

IONOGRAMA

| | | |
|--|-------------|----------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo | 1.17 mmol/L | 1.17 - 1.32 mmol/L |
| CÁLCIO IÔNICO | | |
| POTÁSSIO | 4.17 mmol/L | 3.5 - 5.1 mmol/L |
| SÓDIO | 141 mmol/L | 135.0 - 145.0 mmol/L |
| CLORO | 98 mmol/L | 99.0 - 107.0 mmol/L |



ELZENIRA ALVES TEIXEIRA
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/MR-526



Paciente: João Teodoro Dos Santos

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Solicitação: 70010089

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Sector: BLOCO 3B

Lafio: 329

Data de Emissão: 28/05/2019 20:34

Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 70010089A

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M75 - Automatizado (bc-5300)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCOCITOS | $7,35 \times 10^3/\mu\text{L}$ | $4,0 - 10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ |
| NEUTRÓFILOS | 58,10 % | 50,0 - 70,0 % |
| LINFÓCITOS | 34,60 % | 20,0 - 40,0 % |
| MONÓCITOS | 5,90 % | 3,0 - 12,0 % |
| EOSINÓFILOS | 2,90 % | 0,5 - 5,0 % |
| BASÓFILOS | 0,50 % | 0,0 - 1,0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ERITROCITOS | $4,35 \times 10^6/\mu\text{L}$ | $4,32 - 5,52 \times 10^6/\mu\text{L}$ |
| HEMOGLOBINA | 11,90 g/dL | 13,5 - 18,0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 35,60 % | 40,0 - 50,0 % |
| MCV | 81,90 $\mu\text{g}/\text{L}$ | 87,0 - 103,0 $\mu\text{g}/\text{L}$ |
| MCH | 27,40 pg | 27,0 - 34,0 pg |
| MCHC | 33,40 g/dL | 32,0 - 37,0 g/dL |
| RDW CV | 13,90 % | 11,0 - 16,0 % |
| RDW SD | 48,00 fL | 35,0 - 56,0 fL |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|----------------------------------|---|
| PLAQUETAS | $171,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | $150,0 - 400,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ |
| MPV | 8,10 fL | 6,5 - 12,0 fL |
| PDW | 16,30 | 9,0 - 17,0 |
| PCT | 0,139 % | 0,08 - 0,28 % |

ELZENIRA ALVES TEIXEIRA

Farmacêutica/Bioquímica

CRF/RN-526

- Este resultado foi emitido por meio de sistema automatizado - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RN 268.008
- Este resultado não pode ser usado para fins legais

28/05/2019 08:45

(*) Relatado

Página 1 de 2



Paciente: **João Teodoro Dos Santos** Sexo: **Masculino** Nas: **15/08/1958** Idade: **61 ANO**
- Identificação: **70009585** Número Interno: Solicitante:
Data de Entrada: **09/05/2019 11:18** Setor: **ALCO 3B** Leito: **329**
Recebimento:

Resultado do Exame

Exatidão: **780033502**

HEMOGRAMA COMPLETO

Exatidão: **SANGUE TOTAL**

Exatidão: **142E Automatizado (bc-5380)**

| | Resultado | Referência |
|------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| HEMOGRAMA | | |
| HEMÓCITOS | 7,18 x10³/uL | 4.0 - 10.0 x10 ³ /uL |
| HEMOGLOBINA | 62,10 % | 50.0 - 70.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 32,40 % | 20.0 - 40.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 3,20 % | 3.0 - 12.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 2,10 % | 0.5 - 5.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 0,20 % | 0.0 - 1.0 % |
| HEMOGRAMA | | |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 4,78 x10⁶/uL | 4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 13,10 g/dL | 13.5 - 18.0 g/dL |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 38,70 % | 40.0 - 50.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 80,90 ug/L | 87.0 - 103.0 ug/L |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 27,40 pg | 27.0 - 34.0 pg |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 33,90 g/dL | 32.0 - 37.0 g/dL |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 13,30 % | 11.0 - 16.0 % |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 45,30 fL | 35.0 - 56.0 fL |
| HEMOGRAMA | | |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 187,00 x10³/uL | 150.0 - 400.0 x10 ³ /uL |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 8,90 fL | 6.5 - 12.0 fL |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 16,40 | 9.0 - 17.0 |
| HEMOGLOBINÓCITOS | 0,166 % | 1.08 - 2.82 % |

Gabriel C. Duarte
Farmacêutico-Bioquímico
CRF/PR 114

Exatidão: **780033502** - Farmacêutico-Bioquímico - CRF - RR 245001

Exatidão: **780033502** - Farmacêutico-Bioquímico - CRF - RR 245001

29/05/2019 08:45

(*) Heficada

Página 1 de 2



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 | 23/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | São |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Amontar |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | São |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | São |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | São |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | São |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | São |
| 10 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | São |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | São |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | São |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | São |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1878/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 120/80 | 78 | 20 | 36,6 | |
| 12 H | 120/80 | 87 | 19 | 36,5°C | + |
| 18 H | 130/90 | 77 | 19 | 36,0 | |
| 24 H | 130/80 | 66 | 20 | 36,3 | + |

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h → 103 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Luciano dos Santos HD Lauro de Lamego

DATA: 23/04/19 SEXO: M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 32 D. • ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|--------------------|-----------------|-------|-------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO (X) | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM (X) NÃO () | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOENTÉRAL | SIM () NÃO (X) | DATA: | DATA: |
| DRENOS | SIM () NÃO (X) | QUAL? | |

LESÕES



DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () INSEGURANÇA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS 10/1
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1/1 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS 18H
- () REALIZAR DEXTRO 100/1 HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NC LENTO
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM 1/1
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () CUIDADO

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

- POPULAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRICAS

- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

OROS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO

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

- MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- (X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

- (X) CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACOCIANÓTICA

- TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTENAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

- PULSO: () NORMAL () ACUCIADADO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM () PRECÁRIO

- RUA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () MACIO () DUREZO () DILATADO () CONTRACTILIDADE: () BOM () RUIM

- ULCERAS GÁSTRICAS: () PRESENTES () AUSENTES

- HEPATOMEGALIA: () PRESENTES () AUSENTES



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 | 24/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monte |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 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 | | | | Quiloma |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | h |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 13h 18h 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:


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

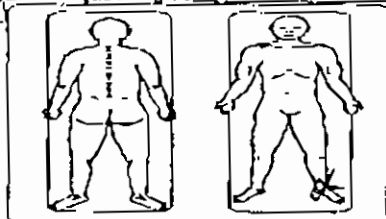
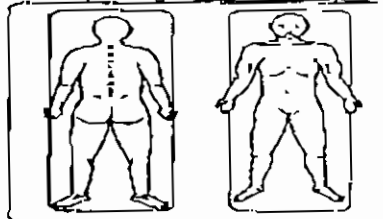
Dr. Eldor Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | 36.4°C | | |
| 6 H | 120x86 | 92 | 19 | 36.4°C | | |
| 12 H | 100x70 | 95 | 19 | 37 | + | + |
| 18 H | 120x80 | 84 | 19 | 36° | + | + |
| 24 H | 110x84 | 80 | 22 | 36.4°C | + | + |

14h Dextro 18h

14h Dextro 18h
06h 132mg

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | 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 Tendon dos Santos</u> | | | |
| DATA: <u>24/04/19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | 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 escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> 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 da exsudato:
<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Olor:
<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"/> 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: _____ | <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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfametazina de Prata
<input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfametazina 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"/> Sulfametazina 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 | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | <u>25/04/2019</u>
Valido até 24h de Enfermagem
Ass: <u>[Assinatura]</u> 403 541 | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro | 01- | 02- | 03- |
| OBS: | | OBS: | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 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 | 25/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monter |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | Elas |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rafina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | hi |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 34 28 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 200 |
| 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. Elber Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | + | 0 |
| 6 H | 124x78 | 68 | 18 | 30°C | + | + |
| 12 H | 120x80 | 76 | 17 | 36.2°C | + | + |
| 18 H | 142x80 | 78 | 18 | 36 | + | + |
| 24 H | 105x76 | 79 | 19 | 36°C | + | + |

Jegadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

Insulina 22 - D 124 mg 1dl
OG - 75 mg 1dl

Jegadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

16.4 14 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME JOÃO CARLOS DA SILVA ID 329

DATA: 25/04/23 SEXO: (M) M F IDADE 32 PESO 70 KG. LETO 329 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTÉRIAL: SIM () NÃO (X) | | | |
| DRENOS: SIM () NÃO (X) | | | |

LESÕES

329

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
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 () ALENTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO.

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMOCA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

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

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ALHA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () UMIG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () INTELINA

APARELHO GINTURNÁRIO/DIURÉTICO

DIURÉTICO: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ALHA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () UMIG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () INTELINA


DIAGNÓSTICO

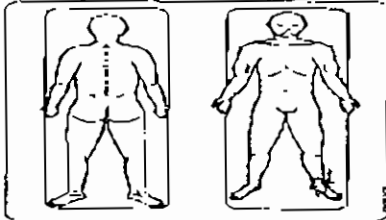
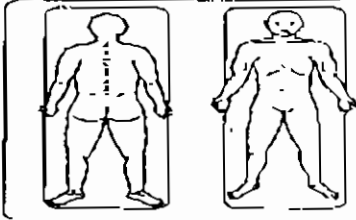
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MODULIDADE DE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPÊUTICO
() DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS AÉREAS
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECERA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOIT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() OBSERVAR CONTROLE NÍVEL DE _____ H
() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|---|---|---|
| MANHÃ: | DATA/HORA | MANHÃ: | DATA/HORA |
| <p>Racinele adôles, grande, atabal, euvone
 M.A. grande, liberação, higiene. Satisfação a
 Sem febre, alguns, mais nozes e
 Admitos em liberação, observação de
 Função fisiológica normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA/HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA/HORA</p> | <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA/HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA/HORA</p> | <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA/HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA/HORA</p> | <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA/HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA/HORA</p> |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|-----------|---------------------------------------|
|  | 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 dos Santos</u> | | | | | |
| DATA: <u>25/04/19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Oculta: _____ | | <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"/> Oculta: _____ | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm | | Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm | | |
| Apresentação do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade do 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 da exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | |
| Der. | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Olor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perifoneal: | <input 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 (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: _____ | | |
| Frequência 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 do 4 de 24hs) | <u>26/04/19</u> | | | | |
| Assinatura e ass. Téc. em Enfermagem | 01- <u>Valdo</u> | 02- _____ | 01- _____ | 02- _____ | |
| 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.



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

HC

329

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|---------------|
| 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 | 26/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 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 5/5 H | | | | Ratimã |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 12h, 18h, 06h |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |


EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

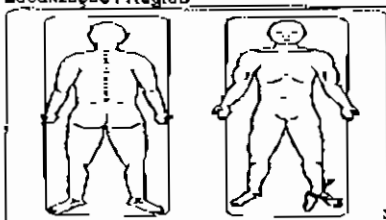
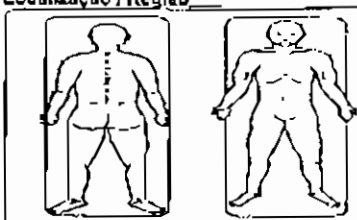
Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1821/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 114/74 | 79 | 16 | - | + | - |
| 12 H | 124/74 | 77 | 18 | 36.9 | + | + |
| 18 H | 120/80 | 87 | 17 | 36.6 | + | - |
| 24 H | 118/80 | 80 | 18 | - | + | + |

16h Dextro 1.23 mg/dl
06h Dextro 1.09 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: <u>João Teodoro das Santos</u> | | | | |
| DATA: <u>26/04/19</u>

GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etimologia
<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | | | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | | |
| Quantidade de Exsudato
<input 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"/> Serosossanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | | | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Olor:
<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 Imposição:
<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 (unidade 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 | | | |
| J. da Próxima troca:
in caso de 7 de 24hs
<u>27/04/19</u> | | | | |
| Assinatura e ass. Téc. em Enfermagem
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro | 01- <u>Valde</u> | 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 avaliadas separadamente.



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

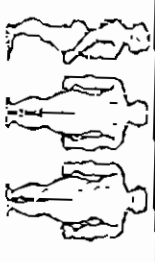
NOME: Sara Juliana dos Santos HD

DATA: 26/04/15 SEXO: F IDADE: 29 PESO: 50 KG. LEITO: 208 • ALERGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|--------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO (X) | DATA | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM (X) NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO (X) | DATA | DATA |
| DRENOS | SIM (X) NÃO () | DATA | DATA |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INJEÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEODAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOTESTIM. PERTURBADA
- () DIABREIA
- () 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
- () DEGRADITAÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉFICIT CEF. NÃO C. DIMINUINDO
- () GUTURIS

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 26 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMIAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: 8 H
- () REALIZAR DENTRO 2 / 2 HORAS
- () ORIENTAR AO BANHO DE ASPERSÃO
- () REALIZAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMOLUÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () GUTURIS

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
- 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 () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- 085:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSE () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
- CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:
- ACIANTADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
- () CLANOTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () ACADÍCNICO () BRADICÁRNICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. SAGRADA
- ELIMINAÇÕES/ NÚMULOS/ TENDÊNCIAS:
- ELIMINAÇÃO: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MISTURADA
- APARELHO GENITAL/ PROSTATISMO/ URINÁRIO:
- ELIMINAÇÃO: () NORMAL () AGUDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. SAGRADA
- ELIMINAÇÃO: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MISTURADA

| AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|--|-----------------------------------|----------------------------|
| MANHÃ | DATA 20/07/2024 HORA 11:00 | MANHÃ | DATA 20/07/2024 HORA 11:00 |
| <p>Resposta adequada à avaliação. Comunique-se sobre o quadro clínico, com o paciente e a equipe de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>Resposta adequada à avaliação. Comunique-se sobre o quadro clínico, com o paciente e a equipe de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | |
| <p>TARDE</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>TARDE</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | |
| <p>NOITE</p> <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>NOITE</p> <p>DATA 20/07/2024 HORA 22:00</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>Paciente em leito com sinais vitais estáveis. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem. Não há necessidade de intervenção de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> | | |



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

HC

Elminda
Enfermeira
COREN-RR 32306 ENT
27/04/19

| | | | | | |
|------------------|---|-------|------|------|-----------|
| 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 | 27/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | GMD |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Monitor |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SI 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 96 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV+ CCGG 6/6 H | | | | Ratina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | 7h |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 27-28-96 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 28-96 |
| 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 LSTÁVIL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. PULSILCO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|------|--------|
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 137/85 | 74 | 20 | 36.2 | 18 - 1 |
| 12 H | 120/80 | 82 | 19 | 36.8 | |
| 18 H | 140/80 | 80 | 20 | 36.5 | + 7 |
| 24 H | 140/80 | 80 | 20 | 36.2 | + 7 |

5/2/20

em 27/04/19 71 mg/dl

em 27/04/19 170 mg/dl

em 27/04/19 170 mg/dl

06 Dextro 192 mg/dl

em 27/04/19 170 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 Teodoro dos Santos | | 27/02/15 | |
|--|---|---|----------------------|
| DATA: | Localização / Região | DATA: | Localização / Região |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I | | <input type="checkbox"/> GRAU - I | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - II | | <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
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Presença 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 | |
| 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"/> Serosossanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | |
| 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 Perifoneal: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | <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"/> 2%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <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 | Neide V. Alves dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 663.565-16 | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura de Enfermeiro | Thelma Oliveira de Almeida
Enfermeiro | | |
| OBS. | COREN-RR 32350 ENF | | |
| OBS. | | | |

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

[illegible]



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 | 28/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Manter |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | OK |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 14-08-06 |
| 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. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, B.E.G. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elter Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8828/RR

14.15 -- Dor no -- 172 mmHg

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 120/80 | 71 | 19 | 35.7°C | + | - |
| 12 H | 120/80 | 79 | 16 | - | + | - |
| 18 H | 120/80 | 75 | 18 | 36.4°C | + | - |
| 24 H | 120/80 | 73 | 14 | 36.4°C | | |

06:00h dor no 115 mmHg

245 mg/dl

6.6 mg/dl glicose
11.5 mmHg
11.5 mmHg



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Paulo Roberto dos Santos

HD

DATA:

28/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

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:

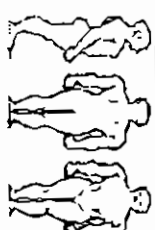
SONDA VASOENTÉRAL: SIM () NÃO ()

DATA:

DRENOS? SIM () NÃO ()

QUAL?

LESÕES



DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

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

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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MUCOSAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

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

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () ACIDENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO

RILAS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLEXÍVEL () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VASO PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/MUCOSAS/ESTÓMAGO:

ADRENALINA: () NORMAL () SUPLENTE () CONSTITUCIONAL () DEFICIENTE

() 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

() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIÁBREA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TAT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALÉRGICAS

() ATENDER PARA MÂUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER 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

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONTO RITO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>EVOLUÇÃO DO PACIENTE</p> <p>DATA / HORA</p> | | <p>AMANHÃ</p> <p>DATA / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | |
| <p>NOTA: DATA / HORA</p> | | <p>NOTA: DATA / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO</p> | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | |



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

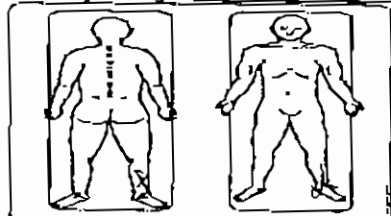
Nome: João Teodoro

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

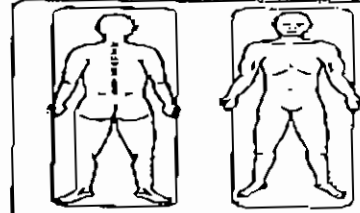


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo da 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
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
lão, em Enfermagem
Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01- Lucilene

02- Maria Aparecida Santos Ruy
COREN 519.762
Enfermeira

OBS:

ferida limpa e seca
sem dor.

OBS:



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

HC

329

| | | | | | |
|------------------|---|-------|------|------|-----------|
| 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 | 29/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 5h |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monte |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUBPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRÁZOL 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 | | | | Bolima |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | ob |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | ob |
| 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. FUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR


DEXTRO

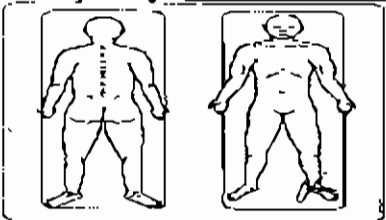
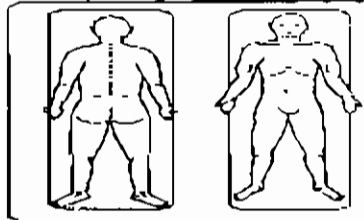
| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 140/80 | 83 | 20 | 36.8 | + | + |
| 12 H | 140/80 | 64 | 17 | 36.8 | + | + |
| 18 H | 130/80 | 77 | 18 | 36.6 | + | + |
| 24 H | 120/73 | 89 | 18 | 36.0 | + | + |

139 mg/dL

90 mg/dL

213 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: <u>João Teodoro dos Santos</u> | | | | |
| DATA: <u>23/04/19</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 do 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"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | | |
| 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 | | | |
| Produto para limpeza:
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| Cobertura primária (colar direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Alcool 70%</u> | <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 | | | | |
| Rubrica e ass. de enfermagem:
Rubrica e Assinatura de Enfermeiro | 01- <u>Valdir Carlos da Silva</u>
<u>Auxiliar de Enfermagem</u>
COREN - RR 000 403 547 | | 02-

 | |
| OBS: | | OBS: | | |



SECRETARIA DE SAÚDE 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 TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 30/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SNIP |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monitor |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 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 | | | | Rolme |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | SN |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | SN |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | | | | | D E | | DEXTRO | |
|---------------|--------|----|----|--------|-----|---|-----------|--|
| | | | | | | | 199 mg/dl | |
| | | | | | | | 95 mg/dl | |
| SINAIS VITAIS | | | | | | | | |
| 6 H | PA | FC | FR | TEMP | | | | |
| | 123/79 | 84 | 20 | 36.2 | + | 0 | | |
| 12 H | 140/70 | 91 | 19 | 37.1°C | + | - | | |
| 18 H | 146/90 | 73 | 19 | 36.2° | + | 0 | | |
| 24 H | 145/81 | 70 | 20 | 36°C | + | - | | |

Dr. Elder Soares
Téc. em E.T.R.
CRM 1828/RR



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 | 1/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 8/8 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotinas |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | manhã |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 124mg/dl |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 184mg/dl |
| 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: *

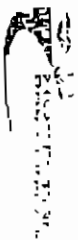
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA PUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 120/60 | 69 | 20 | 36 | - | + |
| 12 H | 120/60 | 73 | 19 | 36.6 | + | + |
| 18 H | 120/70 | 72 | 19 | 36.5 | - | + |
| 24 H | 120/70 | 74 | 19 | 36.5 | - | + |

124mg/dl → 184mg/dl

184mg/dl



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ____/____/____ SDO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | DATA: _____ | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | DATA: _____ | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | | DATA: _____ | |
| DRENOS? SIM () NÃO () | | QUAL? _____ | |

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- OEDIMATIDDES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOTÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉLVIAS () OSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍVEL () PRECÁRIA
- OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () ROLÇOS () ESTERTORES () SIBILLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

- () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

ABRILHO CARDIOVASCULAR:

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

ABRILHO GASTROINTESTINAL:

- APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
- R.H.A: () AUSENTE () PRESENTE ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ OURESE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA
- () HEMATURIA () EMLURIA () HEMATURIA () EMLURIA () HEMATURIA () EMLURIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANUTER
- () RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilibrada
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
- () TERAPÊUTICO
- () DESOBRSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS
- () AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEIMAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL
- () PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS TOD
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS 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 JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
- () REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A
- () ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS: _____

[illegible]

11



JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/1/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



E



, JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE DORATINA

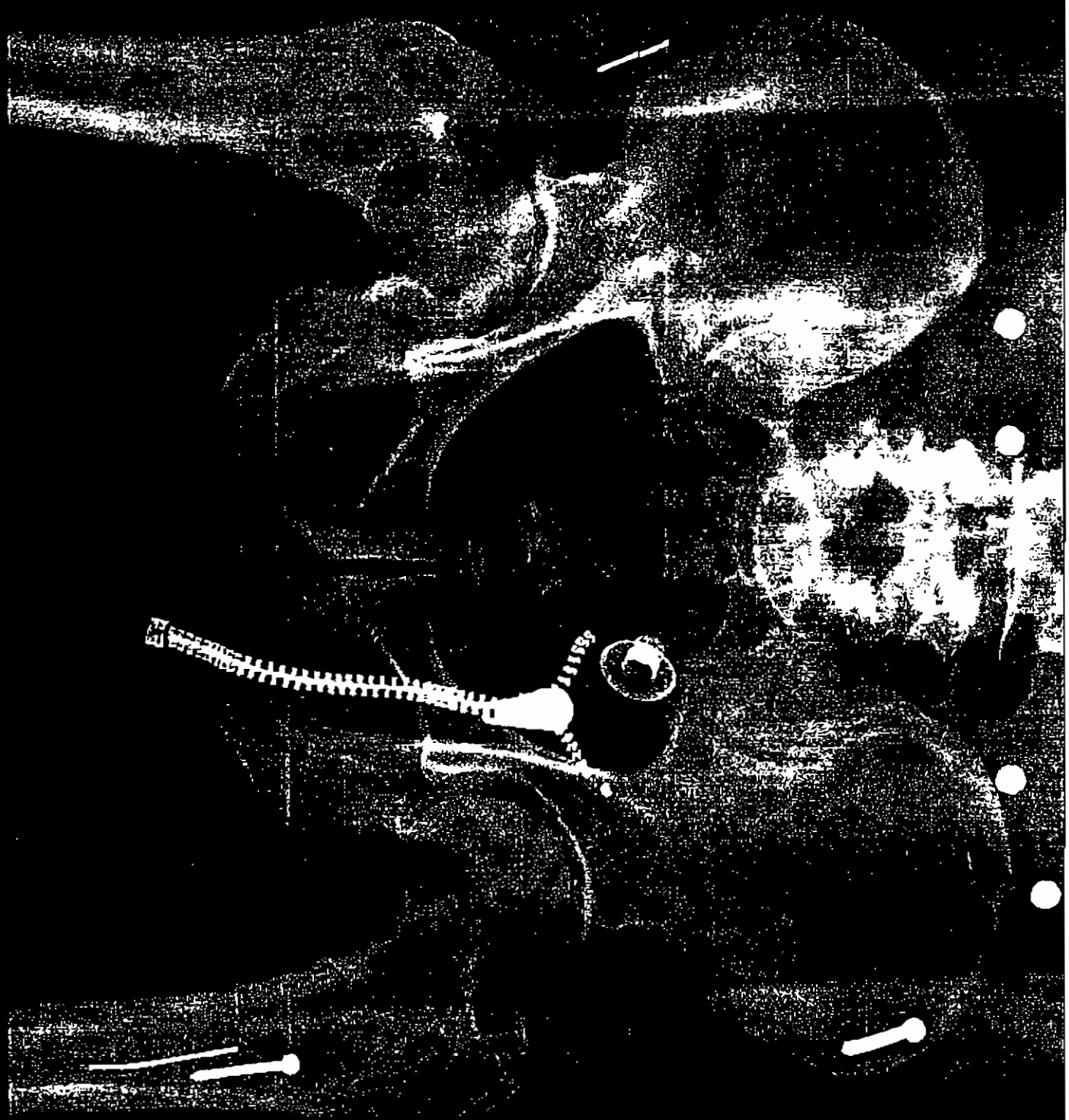
D

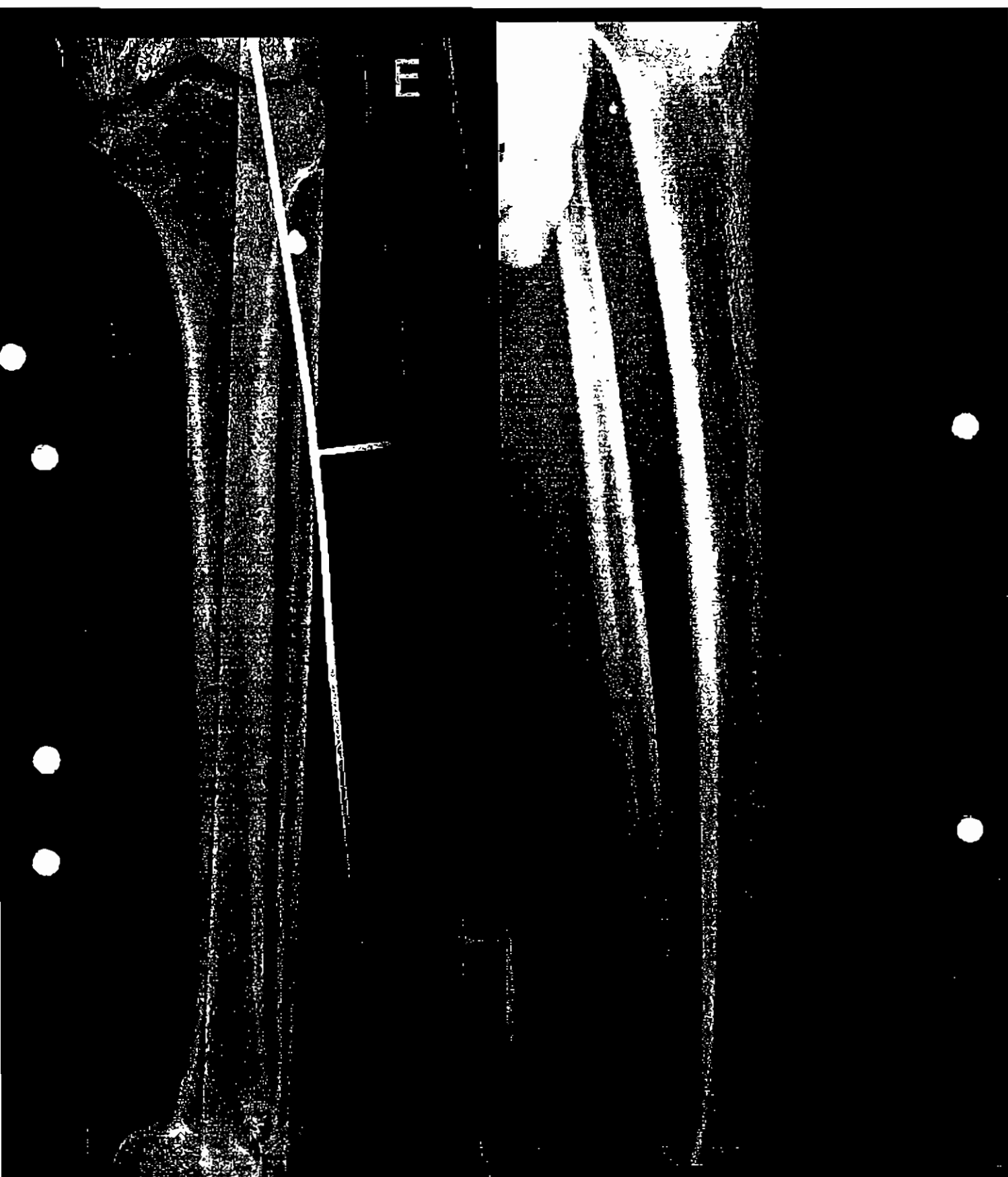
.JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

INFORMACAO HOSPITALAR

15/12/2018 14:54:24

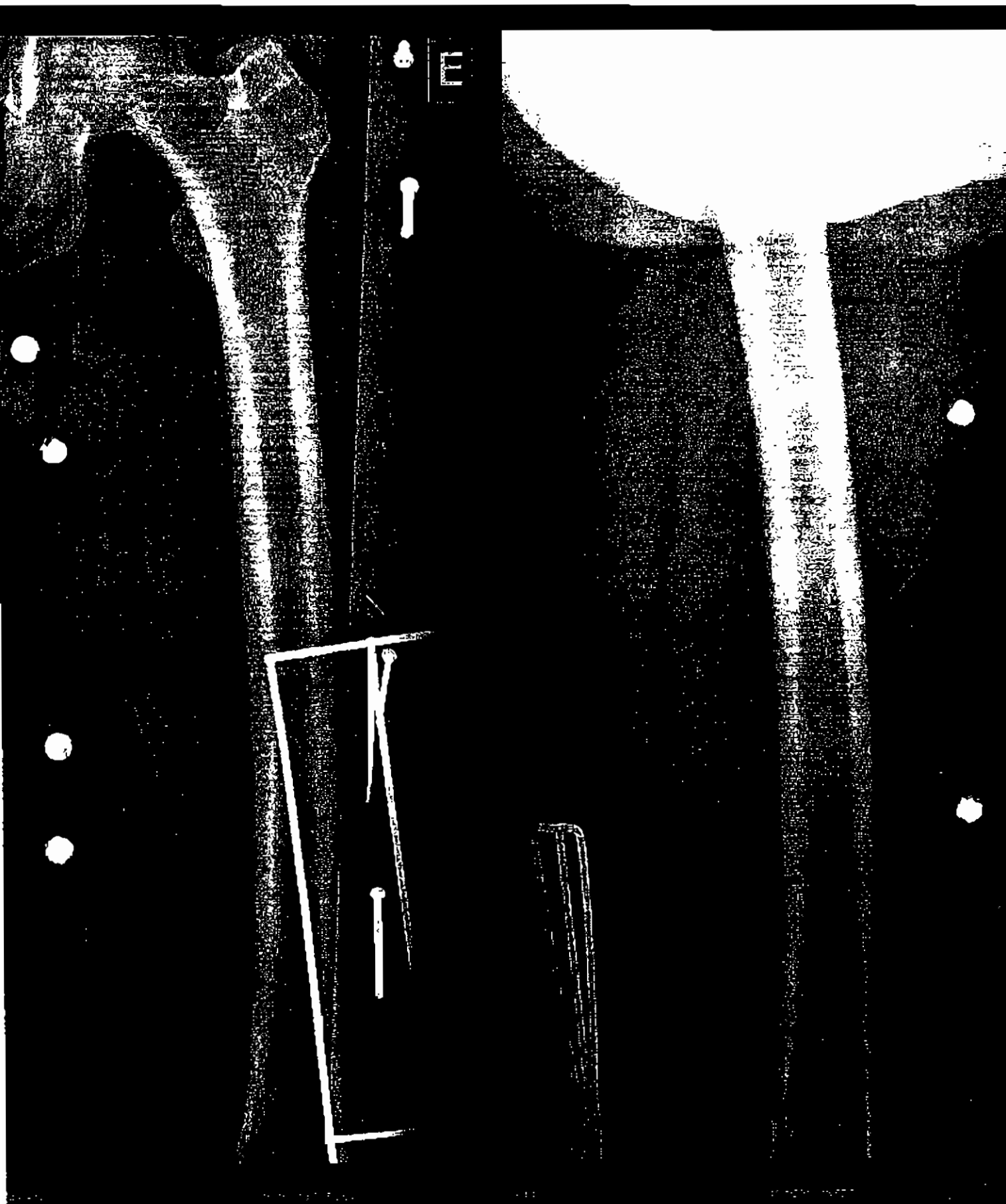




JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANIELA



JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/HI. ROSANGELA

III

08.04

JOAO TEODORO

15/11/2019 17:54:24

71.4

5/11/2015 14:54:24

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

78 WESLEYSON FID ROSAWEILA

A high-contrast, black and white photograph of a person lying down, possibly on a bed or couch, with their head resting on a pillow. The image is heavily stylized, showing only the outlines and textures of the person and the background.

TH

E

JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/1/2010 13:50:68

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA

70.0 %



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

RECEITUÁRIO

Nome:

JOSE TEODORO DOS SANTOS

Laudo Médico

*Requerente af. fratura de T. 12. (E)
no momento para planejamento
cirúrgico. No momento com
posicionamento da lesão
sem presença articular*

28/05/19

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19171RR

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

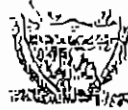
18 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Mello, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Mello, 414 - Boa Vista - RR



GOVERNHO DE TORALIA
SECRETARIA PATRIMÔNIO DO BRASIL
COORDENADORIA GERAL DE ATENDIMENTO ESPECIAL
REGISTRO DE OBRAS E SERVIÇOS

João dos Santos

RECIBO

laudo

Fratura torçã (E), fratura 5ª metacarpo,
indicado tratamento cirúrgico, porém proce-
dimento não realizado e evolui com
condrocalca visível, bloqueio articular
leve remanescente

Nº: 582.3 -

DATA 3.7.19

Dr. Dalson Feitosa
Cirurgião Traumatologista
CRM-RR 1170

ÁREA DE SINISTROS - DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

CENTRO SEGURODORA S/A
Av. Celso de Mello, 424 - São Paulo - SP

OLIVEIRA, ROMUALDO DA GOMES, MOYA
Rua Celso de Mello, 424 - São Paulo - SP
CEP: 05.041-100 - FONE: (11) 3.083.0000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direito



Raimundo Renato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERIA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

NOME RAIMUNDO RENATO SILVA

FILIAÇÃO VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DTC - ORGEM CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

CPF 475.628.463-91

AMADEU ROCHA TRIANI

3 VIX

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

860254881

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazurto, 444 - Boa Vista - FOC

GENTE SEGURO S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Bos Vitoria - 130

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Celso Jão Bazzari, 444 - Boa Vista - RS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EMISSÃO 28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1948

SEGURADO RAIMUNDO MONATO SILVA

SEGURADA VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

CERT. NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF 475.628.463-91

ASSINATURA DO TITULAR AMARELO ROCHA TRIANI

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Celso Jão Bazzari, 444 - Boa Vista - RS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito

Assinatura do Titular Raimundo Monato Silva

Carteira de Identidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 COT. RENAVAM 00902383167 RNTA.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOAO TEODORO DOS SANTOS

RR

DPI / CNPJ 187.688.291-00 PLACA NAG5470

PLACA ANT. / LP 902JA04207R023396 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/MARCA/HONDA COMBUSTIVEL GASOLINA

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

CAR / POT / CL 2R/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *ISENTO* VENC. COTA ÚNICA 1***** VENC. COTAS 1*****

FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 1***** 2***** 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 181.29 COTA ÚNICA 181.29

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SUB. AMBZ

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ROA VISTA-RR Antonio Francisco Mesquita Marques DATA 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161156225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 01 COT. RENAVAM 00902383167 RNTA.C. EXERCÍCIO 2018

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

CAR / POT / CL 2R/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *ISENTO* VENC. COTA ÚNICA 1***** VENC. COTAS 1*****

FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 1***** 2***** 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 181.29 COTA ÚNICA 181.29

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 181.29 DENATRAM (R\$) 19.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 190.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 14.15 JDF (R\$) 10.00 PREMIO SEGURO (R\$) 185.33

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 134 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 CDD-RENAVAM 00902383167 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOAO TEODORO DOS SANTOS

RR

CPF / CNPJ
187.688.291-00

PLACA
NAS6470

PLACA ANT. UF

CHASSI

9C2JA04207R023396

ESP. C. T. R.
PAS/MOTONETA/MAD. AP. 10

COMB. LÍQUIDO
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.

ANO MOD.

CAP. POT. / CIL.
29/0124CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
I *ISENTO*

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1*****

FAIXA I PVA
ISENTO (1 DE 10 ANOS)

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. DE R. B. M. A. Z.

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Baserra Marques
Diretor Presidente

DATA
09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - 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

CPF / CNPJ
187.688.291-00

PLACA
NAS6470

RENAVAM
00902383167

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.

ANO MOD.

CHASSI
9C2JA04207R023396

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)
R\$81,29

DETRAN (R\$)
R\$9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$4,15

IOF (R\$)
R\$0,7

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$185,5

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO
09/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Baserra, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Baserra, 414 - Boa Vista - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA E DESVIO LATERAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

| | |
|--|--|
| Número do sinistro: | 3190453418 |
| Nome do(a) Examinado(a): | JOAO TEODORO DOS SANTOS |
| Endereço do(a) Examinado(a): | RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO 1338 PINTOLÂNDIA |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 187.682.291-00 |
| Data e local do acidente: | 15/01/2019 BOA VISTA RR |
| Data e local do exame: | BOA VISTA/RR, 08/08/2019 |

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MIE: FRATURA DO TORNOZELO E- MALÉOLO BILATERAL

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: PSEUDOARTROSE ACENTUADA + AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA + DESVIO LATERAL DO MIE

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MIE: PSEUDOARTROSE ACENTUADA + AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA + DESVIO LATERAL DO MIE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA E DESVIO LATERAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,
TRAUMA CORTO-CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 42 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER
MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS
DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um
tornozelo | 25 % | Complemento por
reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432146 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÁG 42).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432146 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MEDICO ACOSTADO DR. MARCUS BRUNNER CRM RR 1917 SOLICITO ENCAMINHAR EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA. SEM RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO COM CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL. SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM A ORTOPEDIA E EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIAS E/OU TOMOGRAFIAS DA INTERNAÇÃO E DO CONTROLE PÓS-CIRÚRGICO) COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM TRATAMENTO

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,
TRAUMA CORTO-CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 42 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER
MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS
DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um
tornozelo | 25 % | Complemento por
reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: MECANICO
RG: 140.653 SSP/MS CPF: 107.682.391-00 ENDEREÇO: RUA/AV. R. ROSA DE OLIVEIRA DE SAUSO, Nº 1338
BAIRRO: PINTALANDIA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.316.730

VÍTIMA: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
CPF: 199.682.291-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ACQUISICIONISTA
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO. CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom vista, 8 de Julho de 2019.

João Frederico dos Santos
Assinatura



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: MECANICO
RG: 140.653 SSP/RR CPF: 107.682.291-00 ENDEREÇO: RUA/AV. R. ROSA DE OLIVEIRA DE SAUJO, Nº 1338
BAIRRO: Piritolandia CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.316.730

VÍTIMA: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
CPF: 107.682.291-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECEBELE
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 8 de Julho de 2019.

JOÃO TEODORO DOS SANTOS
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO

123373.5d234008e7fc3
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"JOÃO TEODORO DOS SANTOS"

Em testemunha da verdade, DSA
De que deu fé, Boa Vista/RR, 08 de julho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidades.portalcelom.com.br
RECPR16029860CBV7AB1K541111

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Brasil, 1000 - 1005 - Boa Vista - Boa Vista/RR
- Fone: (067) 2021-4444
E-mail: daquino@cartorio2ooficio.com.br

123.373

Reconhecimento Autorizado

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258190/19

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241313/19

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258190/19

Número do Sinistro: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/08/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432146

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432146

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14596268



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOAO TEODORO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **3905**

Conta: **000006373-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo de vítima:

187.682.291-00 João Teodoro dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CER:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 0006373

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 23/07/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190453418 3 - CPF da vítima: 187.682.291-00 4 - Nome completo da vítima: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: JOÃO TEODORO DOS SANTOS 6 - CPF: 187.682.291-00

7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: R. ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO 9 - Número: 1338 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: PINTOLÂNDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-730

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 95 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA: ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 0006373 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: BOA VISTA - 02-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOÃO TEODORO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): RAIMUNDO NONATO SILVA