

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador do RG nº 4680774 SESP/RR e inscrito no CPF sob nº 053.316.052-90, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua linha fina, nº 289. Bairro: jóquei clube, CEP: 69.313-038, Tel: (95) 99154-8751/99163-0622 E-mail: Gabriel.caval.barbosa@gmail.com.

**Outorgado:** Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 25/09/2020.  
  
GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito



*Gabriel Cavalcante Barbosa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **468077-4** DATA DE EMISSÃO **11/02/2020**

NOME **GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

FILIAÇÃO  
LEVI BARBOSA LIMA  
VILMAR PEREIRA CAVALCANTE

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO  
**09/09/2001**

CERTD NASC 30291 FLS 239-V LIV A-50  
2º OF BOA VISTA-RR

CPF  
053.316.052-90

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Diretor de Registro do Estado

PIS/PASEP:

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1



# ADVOCACIA

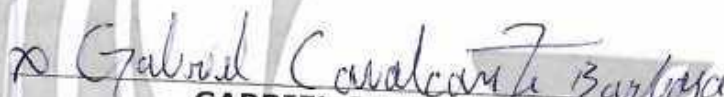
ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador do RG nº 4680774 SESP/RR e inscrito no CPF sob nº 053.316.052-90, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua linha fina, nº 289, Bairro: jóquei clube, CEP: 69.313-038.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 25 / 09 / 2020

  
**GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**





# ADVOCACIA

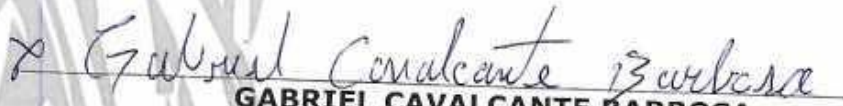
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador do RG nº 4680774 SESP/RR e inscrito no CPF sob nº 053.316.052-90, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua linha fina, nº 289, Bairro: jóquei clube, CEP: 69.313-038.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

BOA VISTARR, 25 / 09 / 2020

  
**GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

ARTESÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

163.04082.96-8

3751789 0050 RR

Gabriel Cavalcante Barbosa



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

FILIAÇÃO.....: LEVI BARBOSA LIMA  
VILMAR PEREIRA CAVALCANTE

NASCIMENTO.....: 09/09/2001

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R G 4990774 SESP RR 07710/2013

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 053.316.052-90

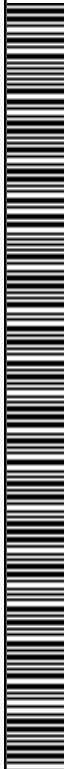
TIT. ELEITOR: CNH.....: SEÇÃO:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 18/04/2016

ZONA:

*[Assinatura]*

Assinatura do Candidato



CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ: 84.054.329/0002-06  
Insc. Est: 24.0132317  
Brasterro Com. Ind. Imp. Exp. Ltda  
Av. das Indústrias, nº 217 Gov. Aquilino M. Duarte  
CEP: 69.315-262  
BOA VISTA - RR

*quem Aprendiz*

19 Fevereiro 2019

R\$ 495,00 (quatrocentos e noventa e cinco reais)

BRASFERRO COMÉRCIO IND. IMP. E EXP. LTDA

18 Julho 2019

BRASFERRO COMÉRCIO IND. IMP. E EXP. LTDA

07









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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040731/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 08:57

Data/Hora Fim: 19/11/2019 09:24

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/07/2019 21:36

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. VIA DAS FLORES

Complemento: EM FRENTE AO SUPERMERCADO BIG BOM

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 09/09/2001

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vilmar Pereira Cavalcante

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA LINHA FINA

Bairro: JOQUEI CLUBE

Nº: 289

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 007.757.042-10

Renavam 01030984651

Número do Chassi 9C2KC1680FR014975

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 05/02/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ7438

Número do Motor KC16E8F014975

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Gabriel Cavalcante Barbosa

Envolvimentos

Depositário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA VIA DAS FLORES SENTIDO > AV. MANOEL



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 19/11/2019 09:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040731/2019

FELIPE, QUANDO APÓS PASSAR O SEMÁFARO COM A AV. DOS BANDEIRANTES E ADENTRAR À AV. MANOEL FELIPE, UM VEÍCULO S-10, COR PRETA, SAIU DO ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO BIG BOM, INVADINDO A VIA SEM SE ATENTAR PARA A APROXIMAÇÃO DO COMUNICANTE QUE SEGUIA NA MESMA VIA. QUE O COMUNICANTE AINDA TENTOU DESVIAR, MAS ACABOU COLIDINDO DO LADO DIREITO DO VEÍCULO, VINDO ASSIM A SOFRER LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA EM DOIS LUGARES. QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO SENHOR JOSÉ CAVALCANTE, PRESTOU TODA A ASSISTÊNCIA AO COMUNICANTE, PERMANECENDO NO LOCAL E ACIONANDO O RESGATE, QUE NÃO DESEJA CRIMINALMENTE. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.  
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000469

Responsável pelo Atendimento

Gabriel Cavalcante Barbosa

(Vítima / Comunicante)

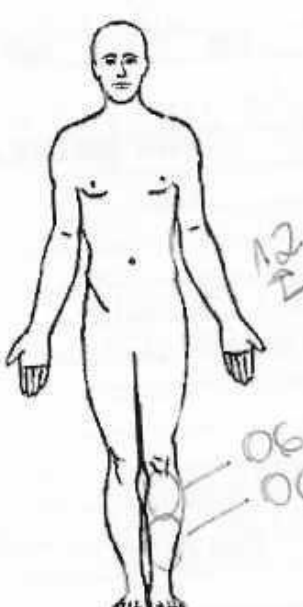
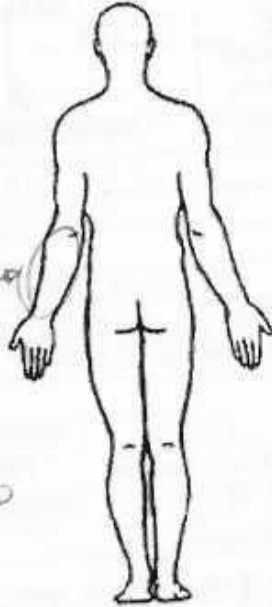
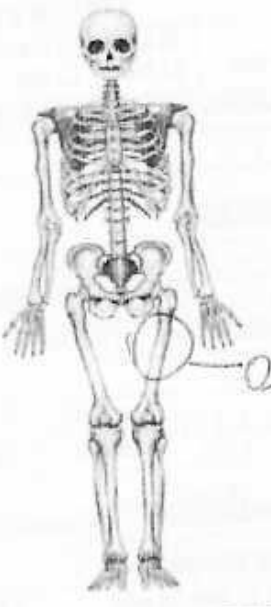
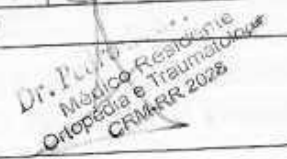
\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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





|  <b>ESTADO DE RORAIMA</b><br><b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b><br><b>COMANDO OPERACIONAL</b><br><b>RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA</b><br><b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>                                 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | <b>Nº DE AVISO:</b> 3491-19<br><b>Nº DE VÍTIMAS:</b> 01<br><b>OCORRÊNCIA:</b> T-04<br><b>DATA:</b> 20.07.2019                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>OBM DE ATUAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL<br><input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª CIA                                     |            | <b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro<br><input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural                                                       |            | VTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | KMI                 |
| H/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                                                             | H/NO LOCAL | SAÍDA DO LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                              | NO DESTINO | H/NA OBM OU B-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | KMF                 |
| 21:36                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 21:39      | 21:55                                                                                                                                                                                                                                                                       | 22:01      | 22:09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UR-01-1824628 24637 |
| <b>1. DADOS DA OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>COD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>ENDEREÇO:</b> Av. Via das Flores                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>CIDADE:</b> Boa Vista                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | <b>PONTO DE REFERÊNCIA:</b> Em frente ao SigBom                                                                                                                                                                                                                             |            | <b>Nº</b> SN <b>BAIRRO:</b> Primavera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
| <b>LOCAL DA OCORRÊNCIA:</b> <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>NOME:</b> Gabriel Cavalcante Pereira                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>D.N.:</b> 09.09.01                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | <b>IDADE:</b> 17                                                                                                                                                                                                                                                            |            | <b>SEXO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |
| <b>ENDEREÇO:</b> Limão Fina                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | <b>RG/CPF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |            | <b>PNE:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| <b>CIDADE:</b> Boa Vista                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | <b>NACIONALIDADE:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro:                                                                                                                                                                  |            | <b>BAIRRO:</b> Joazeiro Clube                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |
| <b>TEL.:</b> 96261777                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Deseja informar sua orientação sexual?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><b>Se sim, qual?</b> <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> homossexual<br><input type="checkbox"/> Outro:        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Deseja informar identidade de gênero?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><b>Se sim, qual?</b> <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual<br><input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro: |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <input type="checkbox"/> Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.<br><input type="checkbox"/> O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Assinatura do paciente/vítima:</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Testemunha:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Testemunha:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>Testemunha:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)</b>                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| Abertura ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            | Resposta verbal                                                                                                                                                                                                                                                             |            | Resposta motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. Á voz<br><input type="checkbox"/> 2. A dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                                                                                                                  |            | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado<br><input type="checkbox"/> 4. Confuso<br><input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                   |            | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. Reage a dor<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 15 Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
| <b>5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)</b>                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| Abertura ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            | Resposta verbal                                                                                                                                                                                                                                                             |            | Resposta motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <input type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. Á voz<br><input type="checkbox"/> 2. A dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                                                                                                                             |            | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.<br><input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.<br><input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente.<br><input type="checkbox"/> 2. Agitação.<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma |            | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.<br><input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (decorticação).<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma              |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |
| <b>6. SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>PA:</b> 10x8                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            | <b>FR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | <b>FC:</b> 68Bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | <b>SpO2:</b> 90%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | <b>Temperatura:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
| <b>7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>ALERGIA:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is):                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>USO DE MEDICAMENTOS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is):                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |
| <b>APARENTEMENTE ALCOOLIZADO:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Óbito evidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> PCR                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Vítima ejetada |
| <input type="checkbox"/> Capotamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <b>9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                | <b>Legenda:</b><br>01- Fratura<br>02- Luxação<br>03- Entorse<br>04- Ferimento incisivo<br>05- Ferimento Lacerante<br>06- Ferimento Corto-contuso<br>07- Ferimento perfurante<br>08- Ferimento penetrante<br>09- Amputação<br>10- Avulsão<br>11- Contusão<br>12- Escoriações<br>13- Queimaduras |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <b>10. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CARRO X MOTO) Ao chegar no local a mesma encontra-se em DDH, no JARDIM LOTE e SEM CARACETE NENHOS EPISÓDIOS DE VÔMITO DESMAIO OU DISPNEIA RELATA FORTES DORES NA COXA ESQUERDA. Durante o procedimento a vítima foi estabilizada e imobilizada com ORTEPEDE POP e conduzida ao Pronto Socorro sob constante observação. |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <b>11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade<br><input type="checkbox"/> CNH<br><input type="checkbox"/> CPF<br><input type="checkbox"/> Título de eleitor                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Cartão magnético ____ Und<br><input type="checkbox"/> Cheque ____ Fls<br><input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ ____<br><input type="checkbox"/> Jóias | <input type="checkbox"/> Capacete<br><input type="checkbox"/> Calçado<br><input type="checkbox"/> Óculos<br><input type="checkbox"/> Relógio                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Outros: _____  |
| Aos cuidados de: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                | RG: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Telefone: _____                         |
| <b>12. UNIDADE DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão<br><input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha<br><input type="checkbox"/> Pronto atendimento Cosme e Silva                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio<br><input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré<br><input type="checkbox"/> Hosp. Unimed    | <input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas<br><input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                                                                                                                                          |                                         |
| <b>13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estável                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Instável                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Crítico        |
| <b>14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| Chefe de equipe:<br>SGT DE DEUS SD SERRÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Socorrista(s):<br>SGT SERRÃO SGT BONFIM                                                                                                                                        | Condutor da VTR<br>SD SERRÃO                                                                                                                                                                                                                                                                   | Resp. pelo preenchimento<br>SD SERRÃO   |
| <b>15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |                                         |
| Documento de identidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| Registro de conselho (CRM, COREN):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSITE  
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.

23107

|                            |                                                                                                                                       |                        |                           |               |              |          |                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------|--------------|----------|-----------------|
| 1901138302                 | 20/07/2019 21:53:30                                                                                                                   | FICHA DE ATENDIMENTO   |                           | TRAUMATOLOGIA | CNS          | CPF 07   | Prontuário      |
| Paciente                   | Data Nascimento                                                                                                                       | Idade                  | CNS                       | CPF           | Prontuário   |          |                 |
| GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA | 09/09/2001                                                                                                                            | 17 A 10 M 11 D         | 700004198881306           |               |              |          |                 |
| Tipo Doc                   | Documento                                                                                                                             | Órgão Emissor          | Data Emissão              | Sexo          | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade    |
|                            |                                                                                                                                       |                        |                           | M             |              | PARDA    | BOA VISTA - RR  |
| Mãe                        |                                                                                                                                       |                        |                           | Pal           | NI           | Contato  | (95) 36261-7777 |
| VILMAR PEREIRA CAVALCANTE  |                                                                                                                                       |                        |                           |               |              | Ocupação |                 |
| Endereço                   | RUA - LINHA FINA - 289 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR                                                                                |                        |                           |               |              |          |                 |
| Class. de Risco            | Piano Convênio                                                                                                                        | Nº da Carteira         | Validado                  | Autorização   | Sis Prenatal |          |                 |
|                            | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                                                                          |                        |                           |               |              |          |                 |
| Motivo do Atendimento      | Caráter do Atendimento                                                                                                                | Profissional do Atend. | Procedência               | Temp.         | Peso         | Pressão  |                 |
| ACIDENTE DE MOTO           | URGÊNCIA                                                                                                                              |                        |                           |               |              |          |                 |
| Sotor                      | Tipo de Chegada                                                                                                                       | Procedimento Sol.      | Registrado por: ANA KARLA |               |              |          |                 |
| GRANDE TRAUMA              | DEMANDA ESPONTANEA                                                                                                                    |                        |                           |               |              |          |                 |
| Queixa Principal           | <input type="checkbox"/> Síndrome Febri <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                           |               |              |          |                 |

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL  
AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)

Paciente trazido pelo Samu devido acidente de trânsito. Refere dor em punho  $\textcircled{E}$  e  $\textcircled{D}$ , em Rota  $\textcircled{E}$  e Femur  $\textcircled{E}$ . Apresenta lesão exposta em perna  $\textcircled{E}$ . Mgo. distoico

Exame Físico

BEG, LOTE, BAA, Capnux.

 $\textcircled{D}$  VA púrcios $\textcircled{B}$  Fraq. Respiratória e Ventilação preservada  $\textcircled{D}$  Glasgow 15 e pupila fotomacientes.

Hipótese Diagnóstica

Fraturas de Femur?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para:

- ☐ Ambulatório  
☒ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta:

Ortopedia

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IM

Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ana.karla  
Data Hora: 20/07/2019 22:06:45



1901138302



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



## FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A - 113-1

### I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM ( ) NÃO ENTRADA: 20, 07, 2019  
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA....)

### II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Gabriel Lavalcante Barbosa  
DATA DE NASCIMENTO: 09 / 09 / 2001 IDADE: 17 anos  
SEXO: ( ) FEM. (x) MASC. TELEFONE: (95) 99154-8751  
NACIONALIDADE: Brasileiro NATURALIDADE: São Viste - RR  
ENDEREÇO: R. Linhe Fina  
Nº 289 BAIRRO: Joqui Clube CIDADE: São Viste - RR  
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Vilmar  
PARENTESCO: (mãe) CONTATO: (95) 99177-2300  
POSSUI DOCUMENTOS: (x) SIM ( ) NÃO  
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: ( ) SIM (x) NÃO SE SIM, QUAL?  
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM (x) NÃO  
( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) OUTROS:

### III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

- Vítima de acidente de trânsito/Ostopleia.
- Paciente menor de idade, acompanhado por sua pai-  
tina
- Visita ao leito e orientações sobre a rotina e  
normas do hospital.

ASSISTENTE SOCIAL

Líandra Aguiar Borges  
Assistente Social  
CRPS 0106 2ª Região RR

DATA: 19, 08, 2019



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO A VANCOMICINA

|                                      |          |        |                |                   |
|--------------------------------------|----------|--------|----------------|-------------------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113 | LT: 01 | DN: 09/09/2001 | DI/HGRB20/07/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |          |        |                |                   |

| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                                                      | HORÁRIO  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 01/09/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                             | SND      |
|            | 2. AVP                                                                          | manhã    |
|            | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                                         | ACM      |
| D7         | 4. CEFEPIME 1G - SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                          | 16 24 06 |
| D7         | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h | 14 28 06 |
|            | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                                                       | SN       |
|            | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HSN                                                       | SN       |
|            | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas SN                                                  | SN       |
|            | 9. RANITIDINA 1AMPEV 8/8H                                                       | 14 22 06 |
|            | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                      | 16 24 08 |
|            | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                               | 16 24 08 |
|            | 12. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA                       | 8        |
|            | 13. Captopril 25mg VO se PAS-160 e/ou PAD>110mmHg                               | SN       |
|            | 14. CURATIVO DIÁRIO                                                             | noturno  |
|            | 15. CCGG + SSVV                                                                 | noturno  |
|            | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                                         | primeira |

Paciente no leito sem queixas no momento. Am. do coração com. atingidos 50%. Duas vezes ao dia equine.

09/09 Plantão noturno. Realizados curativos gerais. Solução de limpeza com. desinfecção e teste de curativos.

8449339

Com. 1.8

Dra. Angélica Mattos CRM-10 1976

555-1

CLIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DIARRÉIA E QUADRO DE FEBRE, NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADO PUS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INICIADO AIB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

US CONA Esq (3/08): PRESENÇA DE COLEÇÃO LÍQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                   |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 U/I                  |
| 201 - 250: 02 U/I                                 | 351 - 400: 08 U/I                  |
| 251 - 300: 04 U/I                                 | > 401: 10 U/I (Insulina Pantostat) |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                                    |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h | 23h    |
|------------------|--------|--------|-----|--------|
| PA               | 100/60 | 110x70 |     | 110/70 |
| FC               | 75     | 88     |     | 95     |
| Tax              | 36C    | 36C    |     | 36C    |
| FR               |        |        |     |        |
| Evacuação        |        |        |     |        |
| Diurese          |        |        |     |        |
| Dextro           |        |        |     |        |
| Insulina Regular |        |        |     |        |
| SNG              |        |        |     |        |
| Dreno            |        |        |     |        |

1112-2

PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO Á VANCOMICINA

| SETOR: PAAR                               | ENF: 113                                                                                 | LT: 01 | DN: 09/09/2001 | DI/HG: 20/07/2019 |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------|-------------------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA      |                                                                                          |        |                |                   |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + OSTEOMILITE ???? |                                                                                          |        |                |                   |
| DATA/HORA                                 | PRESCRIÇÃO                                                                               |        |                |                   |
| 02/09/2019 -                              | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                      |        |                |                   |
|                                           | 2. AVP                                                                                   |        |                |                   |
| D8                                        | 3. SF 0,9% 500MLEVACM                                                                    |        |                |                   |
|                                           | 4. CEFEPIME 1G+ SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                                    |        |                |                   |
| D8                                        | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/ PCT) |        |                |                   |
|                                           | 6. GENTAMICINA 240mg EV 1X DIA (INICIO: 02/09/19)                                        |        |                |                   |
|                                           | 7. DAPIRONA 1G EV 6/6H SN                                                                |        |                |                   |
|                                           | 8. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                                                               |        |                |                   |
|                                           | 9. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                          |        |                |                   |
|                                           | 10. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                              |        |                |                   |
|                                           | 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                               |        |                |                   |
|                                           | 12. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                        |        |                |                   |
|                                           | 13. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA                                |        |                |                   |
|                                           | 14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                                    |        |                |                   |
|                                           | 15. CURATIVO DIÁRIO                                                                      |        |                |                   |
|                                           | 16. CCGG + SSVV                                                                          |        |                |                   |
|                                           | 17. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                  |        |                |                   |

Dra Andriana Nattr  
Medica  
CRM-PR 19716

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARREIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISURIA E QUADRO DE FEBRE, NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADO PUS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INICIADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

US COXA ESQ (31/08): PRESENÇA DE COLEÇÃO LIQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO + INÍCIO GENTAMICINA

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |       |                                 |        |        |
|---------------------------------------------------|-------|---------------------------------|--------|--------|
| Até 200: 0                                        |       | 301 – 350: 06 UI                |        |        |
| 201 – 250: 02 UI                                  |       | 351 – 400: 08 UI                |        |        |
| 251 – 300: 04 UI                                  |       | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |        |        |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |       |                                 |        |        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |       |                                 |        |        |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |       |                                 |        |        |
| Horário                                           | 06h   | 11h                             | 17h    | 23h    |
| PA                                                | 91/70 | 126/79                          | 110/72 | 110/60 |
| FC                                                | 100   | 83                              | 87     | 83     |
| Tax                                               | 36,5  | 35,6                            | 36,3   | 36,9   |
| FR                                                |       | 20                              |        |        |
| Evacuação                                         |       | +                               |        |        |
| Diurese                                           |       | +                               |        |        |
| Dextro                                            |       | —                               |        |        |
| Insulina Regular                                  |       | —                               |        |        |
| SNG                                               |       | —                               |        |        |
| Dreno                                             |       | —                               |        |        |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA de 17 anos deu entrada neste hospital no dia 20/07/2019 com diagnóstico de FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E SUPRACONDILEA DE FEMUR ESQUERDO. O mesmo encontra-se hospitalizado no bloco A leito 113-1 aguardando programação cirúrgica, sem previsão de alta no momento.

CID10: S72.2

S72.4

Boa Vista-RR, 04 de setembro de 2019

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028





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

1ª Classificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

23107

**FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA

1901138302 20/07/2019 21:53:30

Paciente: **GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA** Data Nascimento: **09/09/2001** Idade: **17 A 10 M 11 D** CNS: **700004199881396** CPF: **07** Prontuário: **29**

Endereço: **RUA - LINHA FINA - 289 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio: **URCÊNCIA** N° da Carteira: **PARDA** Validade: **BOA VISTA - RR** Autorização: **BRASILEIRA** Sis Prenatal: **Temp.** Pressão: **Registrado por: ANA KARLA**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedência: **Procedimento Sol.**

Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue ☐

Queixa Principal: **"Acidente de trânsito"**

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - )

Paciente trazido pelo Samu devido acidente de trânsito. Refere dor em punhos (E) e (D), em Perna (E) e Femur (E). Apresenta lesão exposta em perna (E). Noção de ferimento.

Exame Físico: BEG, COTE, BAA, Capnômetro.

Hipótese Diagnóstica: (E) hemodinamicamente estável (E) lesão exposta em perna (E).

Fraturas de Femur?

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

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica  
( ) Alta a Pedido  
( ) Alta a Revella  
(X) Transferência para:

( ) Ambulatório  
(X) Observação (Até 24h)  
(X) Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IM

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: ana.karla  
Data Hora: 20/07/2019 22:06:45



1901138302

113-1

## ALERGICO Á VANCOMICINA

|                                      |          |        |                |                    |
|--------------------------------------|----------|--------|----------------|--------------------|
| SEI OR: PAAR                         | ENF: 113 | LT: 01 | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: 20/07/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |          |        |                |                    |

HDD:FRATURA DE FÊMUR E + OSTEOMILITE ???

| DATA/HORA          | PRESCRIÇÃO                                                                              | HORÁRIO        |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 03/09/2019         | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                     | SND            |
|                    | 2. AVP                                                                                  | MONDA          |
|                    | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                                                 | ACM            |
| D9                 | 4. CEFEPIME 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                                  | 16h 08h 15     |
| D9                 | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/PCD) | 14h 08h 08h 15 |
| D2                 | 6. GENTAMICINA 240mg EV 1X DIA (INICIO: 02/09/19)                                       | 20h 08h 15     |
|                    | 7. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                                                               | SN             |
|                    | 8. TRAMAL 100MG EV 8/8H SN                                                              | SN             |
|                    | 9. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                         | 14h 08h 15     |
|                    | 10. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                             | 14h 08h 15     |
|                    | 11. CLEXANE 400MG SC 1X DIA                                                             | 08h 15         |
|                    | 12. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H - C/ACT-                                              | 08h 15         |
|                    | 13. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA                               | 08h 15         |
| D9                 | 14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110 mmHg                                  | SN             |
| Andiara N. Almeida | 15. CURATIVO DIÁRIO                                                                     | curado uso     |
| Camilla N. Almeida | 16. CCGG + SSVV                                                                         | 10h 15         |
|                    | 17. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                 | 14h 15         |

12h. Replicados 50% e administrados  
medicamentos C.P.M.  
Cristina Siqueira  
13 de Maio de 2014  
Cristina Siqueira

*Medico de C. Paz e Unifco-  
do SBC*

SECRETARIA DOS RECURSOS HUMANOS  
Técnica de RH - 01.380-TEC  
COREN-RR

| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS |               |        |        |        |
|---------------------------------|---------------|--------|--------|--------|
| Horário                         | 06h           | 10h    | 17h    | 23h    |
| PA                              | 130x80-120x74 | 118x78 | 140x70 |        |
| FC                              | 77            | 77     | 93     | 68     |
| Tax                             | 36.1ic        | 36c    | 36.1   | 35.7ic |
| FR                              | 19            |        | 18     | 19     |
| Evacuação                       | -             | -      | -      | -      |
| Diurese                         | +             | +      | +      | +      |
| Dextro                          | -             | -      | -      | -      |
| Insulina Regular                | -             | -      | -      | -      |
| SNG                             | -             | -      | -      | -      |
| Dreno                           | -             | -      | -      | -      |







| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | Data: <b>02/09/19</b>                                                                                               | Enfermaria: <b>113</b>                                                                          | Leito: <b>01</b>                                                       |
| Nome Completo: <b>Gabriel Cavalcante Barbosa</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     | DN: <b>09/09/2001</b>                                                                           | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F |
| Hipótese Diagnóstica: <b>Fratura Femur E</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Isolamento ou Precaução: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos   |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): <b>Vancomicina</b>                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____                                                                                                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input checked="" type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                   |                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico                                                | <input type="checkbox"/> Bradicárdico                                  |
| <input type="checkbox"/> Sedado                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Torposo                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso                                                  | <input type="checkbox"/> Hipertenso                                    |
| <input type="checkbox"/> Agitado                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio                                                 | <input type="checkbox"/> Filiforme                                     |
| <input type="checkbox"/> Desorientado                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Comatoso                                                                                   | <input type="checkbox"/> Não reage                                                              | <input type="checkbox"/> Arritmico                                     |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                                                   |                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Mióticas                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> VO                                                          | <input type="checkbox"/> SNG/SOG                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                       |
| <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                              | <input type="checkbox"/> Normal                                                                 | <input type="checkbox"/> GTT                                           |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Presente                                                    | <input type="checkbox"/> Parcial                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Afebril                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Hipotérmico                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente    | <input type="checkbox"/> Ausente                                       |
| <input type="checkbox"/> Febril                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Febre                                                                                      | <input type="checkbox"/> Normal                                                                 | <input type="checkbox"/> Colostomia                                    |
| <input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pirexia                                                                                    | <input type="checkbox"/> Diarreia                                                               | <input type="checkbox"/> Constipação                                   |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Presente                                                    | <input type="checkbox"/> Mela                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Desidratada                                                                                | <input type="checkbox"/> Flácido                                                                | <input type="checkbox"/> Globoso                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Hipocorada                                                                                 | <input type="checkbox"/> Maciço                                                                 | <input type="checkbox"/> Timpânico                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anictérica                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ictérica                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Presente                                                    | <input type="checkbox"/> Ausente                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cianótica                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Edema Local                                                                                | <input type="checkbox"/> Sim                                                                    | <input type="checkbox"/> Não                                           |
| <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                        | <input type="checkbox"/> Não                                                                    | <input type="checkbox"/> Não                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Não                                                                    | <input type="checkbox"/> Não                                           |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                                               |                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Bradipneico                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea                                                  | <input type="checkbox"/> SVD                                           |
| <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                        | <input type="checkbox"/> Poliúria                                                               | <input type="checkbox"/> Anúria                                        |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Disúria                                                                | <input type="checkbox"/> Colúria                                       |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Cistostomia                                                            | <input type="checkbox"/> Hematúria                                     |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Irrigação contínua                                                     | <input type="checkbox"/> Uropen                                        |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                | Local: <b>MSD</b>                                                                                                   | Data: <b>02/09/19</b>                                                                           | Trocar em: _____                                                       |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                   | Local: _____                                                                                                        | Curativo realizado em: _____                                                                    | Trocar em: _____                                                       |
| Sinais de infecção no sítio da punção: <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                            | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   |
| Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> Lavagem                                                                | <input type="checkbox"/> Sifonagem                                     |
| Dreno de: _____                                                                                                                                                                                                                                                         | Aspecto da secreção: _____                                                                                          | Quantidade: _____                                                                               | Trocar em: _____                                                       |
| Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                   | Data de instalação: _____                                                                                           | Local: _____                                                                                    |                                                                        |
| Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                           | Tipo: _____                                                                                                         |                                                                                                 |                                                                        |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão                                  |                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada                                                          | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas                                                        |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada                                                   | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração                                               |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada                                        | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada                                        |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal                                             | <input type="checkbox"/> Risco de constipação                                                   |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado                                                                 | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente                                                 |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene                                             |                                                                                                 |                                                                        |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |
| 1. Histórico de Queda                                                                                                                                                                                                                                                   | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado                                                                        |                                                                                                 |                                                                        |
| Não 0                                                                                                                                                                                                                                                                   | Não 0                                                                                                               |                                                                                                 |                                                                        |
| Sim 25                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sim 20                                                                                                              |                                                                                                 |                                                                        |
| 2. Diagnóstico Secundário                                                                                                                                                                                                                                               | 5. Marcha/Deambulação                                                                                               |                                                                                                 |                                                                        |
| Não 0                                                                                                                                                                                                                                                                   | Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                                                                    |                                                                                                 |                                                                        |
| Sim 15                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fraca 10                                                                                                            |                                                                                                 |                                                                        |
| 3. Auxílio na Deambulação                                                                                                                                                                                                                                               | Comprometida/Cambaleante 20                                                                                         |                                                                                                 |                                                                        |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                                                                                                                                                                              | 6. Estado Mental                                                                                                    |                                                                                                 |                                                                        |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                                                                                                                                                                               | Orientado/limitado/conhece as limitações 0                                                                          |                                                                                                 |                                                                        |
| Mobiliário Parede 30                                                                                                                                                                                                                                                    | Superestima capacidade/Esquece limitação 15                                                                         |                                                                                                 |                                                                        |
| TOTAL: <b>20</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | Risco Baixo: 0 - 24                                                                                                 | Risco Médio: 25 - 44                                                                            | Risco Alto: maior que 45                                               |
| Prescrição para prevenção de queda no verso                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                        |

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------|-------|-------|--------|--------|---------------------------|-----------------------|-------|----------------------------------|--------|----------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Data: <b>03/09/2019</b>                                           | Enfermaria: <b>113</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Leito: <b>01</b> |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Nome Completo: <b>Gabriel Cavalcante Barbosa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DN: <b>09/09/2001</b>                                             | Sexo: <b>( ) F (X) M</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Isolamento ou Precaução: (X) Sim ( ) Não (X) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Alergia: (X) Sim ( ) Não Qual(is): <b>Vancomicina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado ( ) Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido ( ) Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos ( ) Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: <b>120 x 80 mm Hg</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: <b>120 x 80 mm Hg</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: <b>80 bpm</b>          |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>PUPILAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas<br><input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT<br>Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial<br>Evacuações: (X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena<br>Flatos: (X) Presente ( ) Ausente |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril ( ) Febre ( ) Pirexia<br><b>36,6°C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: (X) Presente ( ) Ausente<br>Visceromegalias: ( ) Sim (X) Não FO: ( ) Sim ( ) Não                                                                           |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada<br><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada<br><input checked="" type="checkbox"/> Anictérica ( ) Ictérica ( ) Clanótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Aclanótica ( ) Edema Local:<br>Úlcera por pressão: ( ) Sim (X) Não<br>Região: <b>FR: 30 mm</b><br>Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen                                                                                            |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: <b>MSO</b> Data: <b>02-3-19</b> Trocar em: <b>02-3-19</b><br>Cateter Central: ( ) Sim (X) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:<br>Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não<br>Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem<br>Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:<br>Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da instalação: Trocar em:<br>Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: Local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção<br/> <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente             </div> <div> <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br/> <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br/> <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene             </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão<br/> <input type="checkbox"/> Risco de Quedas<br/> <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br/> <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de constipação<br/> <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente             </div> </div> |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| <b>Escala de Morse</b><br><table border="1"> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Não 0</td> </tr> <tr> <td>Sim 25</td> <td>Sim 20</td> </tr> <tr> <td>2. Diagnóstico Secundário</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Normal/Sem deambulação/Acamado 0</td> </tr> <tr> <td>Sim 15</td> <td>Fraca 10</td> </tr> <tr> <td>3. Auxílio na Deambulação</td> <td>Comprometida/Cambaleante 20</td> </tr> <tr> <td>Nenhum/Acamado/Auxiliado 0</td> <td>6. Estado Mental</td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Andador 15</td> <td>Orientado/limitado/conhece as limitações 0</td> </tr> <tr> <td>Mobiliário Parede 30</td> <td>Superestima capacidade/Esquece limitação 15</td> </tr> <tr> <td>TOTAL: <b>20</b></td> <td>Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | 1. Histórico de Queda | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Não 0 | Não 0 | Sim 25 | Sim 20 | 2. Diagnóstico Secundário | 5. Marcha/Deambulação | Não 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | Sim 15 | Fraca 10 | 3. Auxílio na Deambulação | Comprometida/Cambaleante 20 | Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | 6. Estado Mental | Muleta/Bengala/Andador 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações 0 | Mobiliário Parede 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação 15 | TOTAL: <b>20</b> | Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 |
| 1. Histórico de Queda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Não 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Não 0                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Sim 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sim 20                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| 2. Diagnóstico Secundário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5. Marcha/Deambulação                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Não 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Sim 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fraca 10                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| 3. Auxílio na Deambulação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Comprometida/Cambaleante 20                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 6. Estado Mental                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Orientado/limitado/conhece as limitações 0                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Mobiliário Parede 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Superestima capacidade/Esquece limitação 15                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| TOTAL: <b>20</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |
| Prescrição para prevenção de queda no verso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                       |                                              |       |       |        |        |                           |                       |       |                                  |        |          |                           |                             |                            |                  |                           |                                            |                      |                                             |                  |                                                                   |



113-1

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**  
**ALERGICO Á VANCOMICINA**

SETOR: PAAR      QN: 113      LT: 01      DN: 09/09/2001      DI/HGR: 20/07/2019  
PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

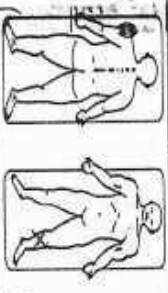
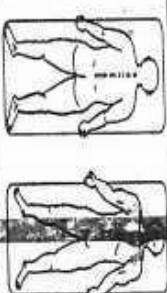
| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                                                              | HORÁRIO |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 04/09/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                     | SUB     |
|            | 2. AVP                                                                                  | 11:00   |
| D10        | 3. SF 0.9% 500MLEVACM                                                                   | 08:16   |
| D10        | 4. CEFEPIME 1G + SF 0.9% 100ML EV 8/8H                                                  | 14:00   |
|            | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0.9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/PCT) | 14:00   |
| D3         | 6. GENTAMICINA 240mg EV 1X DIA (INICIO: 02/09/19)                                       | 20:00   |
|            | 7. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                                                               | 20:00   |
|            | 8. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                                                              | 20:00   |
|            | 9. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                         | 20:00   |
|            | 10. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                             | 20:00   |
|            | 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                              | 20:00   |
|            | 12. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                       | 20:00   |
|            | 13. NORMURUM 1AMP + SF 0.9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA                                | 20:00   |
|            | 14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                                   | 20:00   |
|            | 15. CURATIVO DIÁRIO                                                                     | 20:00   |
|            | 16. CCGG + SSVV                                                                         | 20:00   |
|            | 17. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                 | 20:00   |

Dr. Anderson Nattro  
CRM-RR 197  
11/09/2020  
Paciente em repouso no leito. Nutrição: Dieta líquida. Não há febre. Não há alteração de estado de consciência. Não há alteração de sinais vitais. Não há alteração de exames laboratoriais. Não há alteração de exames de imagem. Não há alteração de exames de função orgânica. Não há alteração de exames de função neurológica. Não há alteração de exames de função cardiovascular. Não há alteração de exames de função respiratória. Não há alteração de exames de função renal. Não há alteração de exames de função hepática. Não há alteração de exames de função endócrina. Não há alteração de exames de função imunológica. Não há alteração de exames de função hematológica. Não há alteração de exames de função coagulatória. Não há alteração de exames de função reprodutiva. Não há alteração de exames de função genética. Não há alteração de exames de função citogenética. Não há alteração de exames de função citomorfologia. Não há alteração de exames de função citofisiologia. Não há alteração de exames de função citopatologia. Não há alteração de exames de função citogenética. Não há alteração de exames de função citomorfologia. Não há alteração de exames de função citofisiologia. Não há alteração de exames de função citopatologia.

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |          |                               |        |        |
|---------------------------------------------------|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Até 200: 0                                        |          | 301 - 350: 06 UI              |        |        |
| 201 - 250: 02 UI                                  |          | 351 - 400: 08 UI              |        |        |
| 251 - 300: 04 UI                                  |          | > 401: 10 UI (chamar Plantão) |        |        |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dl |          |                               |        |        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |          |                               |        |        |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |          |                               |        |        |
| Horário                                           | 06h      | 11h                           | 17h    | 23h    |
| PA                                                | 130 + 10 | 144 8                         | 113/74 | 113/63 |
| FC                                                | 75       | 102                           | 92     | 89     |
| Tax                                               | 36       | 36                            | 36     | 35     |
| FR                                                |          |                               | 21     |        |
| Evacuação                                         |          | presente                      | +      |        |
| Diurese                                           | presente | presente                      |        |        |
| Dextro                                            | -        | -                             | -      | -      |
| Insulina Regular                                  | -        | -                             | -      | -      |
| SNG                                               | -        | -                             | -      | -      |
| Dreno                                             | -        | -                             | -      | -      |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas -<br>HGR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Protocolo nº 1        | Versão: 08                                                                                                                | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Paciente: <i>Galvriel Cavalcanti</i>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Data: <i>04/09/19</i> |                                                                                                                           |                    |                     |
| Leito: <i>113.1</i>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Localização                                               |  Região: <i>m.i.e</i><br>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )                                                                                                                                                                                   |                       |  Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |                    |                     |
| Etiologia                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> MPP I II III IV ?* ( ) Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                      |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Aparência do Leito                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Pele Perilesional                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                       |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Tipo de Exsudato                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Quantidade de Exsudato                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Cobertura primária                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Troca                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h<br><input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Profissional que realizou procedimento:                   | <i>Juziane Soares de Lima</i><br><i>Assistente de Enfermagem</i><br><i>CRP 000.358.203</i><br><i>Renata Silva Rodrigues</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>CRP 000.413.272 - AE</i><br><i>Rozângela Miguel Macedo</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>CRP 000.604.105</i>                                                                                     |                       |                                                                                                                           |                    |                     |
| Observações:                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                                                                                           |                    |                     |



113-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERV. DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO Á VANCOMICINA

| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                                                | LT: 01      | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: 20/07/2019 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                                                         |             |                |                    |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E OSTEOMIELITE  |                                                                                         |             |                |                    |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                                              | HORÁRIO     |                |                    |
| 09/09/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                     | SND         |                |                    |
|                                      | 2. AVP                                                                                  |             |                |                    |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EVACM                                                                  |             |                |                    |
| D10                                  | 4. CEFEPIME 1G+ SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                                   | ACM 24h     |                |                    |
| D10                                  | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/PCT) | 24h 24h 24h |                |                    |
| D3                                   | 6. GENTAMICINA 240mg EV 1X DIA (INICIO: 02/09/19)                                       | 24h         |                |                    |
|                                      | 7. DIPRONA 1G EV 6/6H SN                                                                | SN          |                |                    |
|                                      | 8. TRAMAL 100MG EV 8/8HS N                                                              |             |                |                    |
|                                      | 9. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas SN                                                          |             |                |                    |
|                                      | 10. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                             |             |                |                    |
|                                      | 11. CLEAXANE 40MG SC 1X DIA                                                             |             |                |                    |
|                                      | 12. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                       |             |                |                    |
|                                      | 13. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA                               |             |                |                    |
|                                      | 14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                                   |             |                |                    |
|                                      | 15. CURATIVO DIÁRIO                                                                     |             |                |                    |
|                                      | 16. CCGG + SSVV                                                                         |             |                |                    |
|                                      | 17. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                 |             |                |                    |

Paciente no leito, sedado e p.m., após SSVV, segue nos cuidados. TF. JAK

Ata Plantão noturno dia 05/09/19 Medicacões SSVV realizadas - O.P.M

Marizelma Sampaio Ferreira COREN-PR 754419JE

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SF QUEIMA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISÚRIA E QUADRO DE FEBRE NO DIA DA CIRURGIA. FOI DETECTADO PUS NA PERNAL ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA, INICIADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

US CONA Esq (31/08): PRESENÇA DE COLEÇÃO LÍQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                               |                  |                    |  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|--|
| Até 200: 0                                                | 301 - 350: 06 UI |                    |  |
| 201 - 250: 02 UI                                          | 351 - 400: 08 UI |                    |  |
| 251 - 300: 04 UI                                          | > 401: 10 UI     | chamar Plantonista |  |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL |                  |                    |  |

| REGISTRO DE ENFERMAGEM          |              |      |        |        |
|---------------------------------|--------------|------|--------|--------|
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS |              |      |        |        |
| Horário                         | 06h          | 11h  | 17h    | 23h    |
| PA                              | 119/67 32/68 |      | 120/80 | 120/62 |
| FC                              | 98           | 78   | 80     | 83     |
| Tax                             | 36,8         | 35,3 | 35,9   | 36,5   |
| FR                              |              |      |        |        |
| Exatuação                       |              | +    |        |        |
| Diurese                         |              | +    |        |        |
| Dextro                          |              |      |        |        |
| Insulina Regular                |              |      |        |        |
| SNG                             |              |      |        |        |
| Dreno                           |              |      |        |        |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Gabriel Laval Leite

Idade:            Sexo: M(✓) F( ) Leito: 113-1 Diagnóstico:           

05/09/2019

MANHÃ

Paciente no leito, deitado, supino e em ar arto, colaborativo, em tempo transgressivo método diagnóstico. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional: Dr. Thales F. Fonseca  
CRF 1045-3958-F

TARDE

06/09/2019

MANHÃ

Paciente no leito, deitado, supino e em ar arto, colaborativo, em tempo transgressivo método diagnóstico. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional: Dr. Thales F. Fonseca  
CRF 1045-3958-F

09/09/2019

TARDE

Paciente no leito, deitado, supino e em ar arto, colaborativo, em tempo transgressivo método diagnóstico. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional: Dr. Thales F. Fonseca  
CRF 1045-3958-F

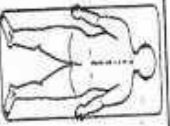
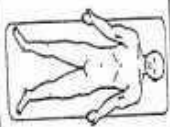


| EVOLUÇÃO DO CURATIVO                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Protocolo nº 1                                                      | Versão: 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Paciente: Gabriel C. Barbosa                                        | Data: 05/09/14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                     |
| Leito: 103                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                     |
| Localização                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Região: D.T.E.                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Região: D.T.E.     |                     |
| 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 checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                | Grau: I (X) II ( )                                                  | <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<br><input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                     | Grau: I ( ) II ( ) |                     |
| Aparência do Leito                                  | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                                     | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: |                    |                     |
| Pele Perilesional                                   | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                     |
| Tipo de Exsudato                                    | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                     |
| Quantidade de Exsudato                              | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                     | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                     |
| Solução de Limpeza                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                     |
| Cobertura primária                                  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                     |
| Troca                                               | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                     |
| Profissional que realizou procedimento:             | Juliana Gomes de Lima<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 388.183                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Juliana Gomes de Lima<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 388.183 | Rosângela Muelhbeedoo<br>Doc. Enfermagem<br>COREN-RR 628.703                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                     |
| Observações:                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                     |



Atualizada: 12/2018

Data: 06/09/19

| Localização                                                                                                                                                                        | Região: <u>MLE</u>                                                                                                                                                                                                                                     | Região: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>   </div> | Grau: I ( <u>X</u> ) II ( )<br>Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Fixador Externo ( ) ortopedia<br>Trauma: <u>X</u> Tração <u>                    </u><br>Outro: <u>                    </u>                                               | <div>   </div>                                                               | Grau: I ( ) II ( )<br>Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Fixador Externo ( ) ortopedia<br>Trauma: <u>                    </u> Tração <u>                    </u><br>Outro: <u>                    </u> |
| Etiologia                                                                                                                                                                          | ( ) JLP I II III IV ?* ( )<br>( ) Trauma: <u>X</u> Tração <u>                    </u><br>( ) Outro: <u>                    </u>                                                                                                                        | ( ) JLP I II III IV ?* ( )<br>( ) Trauma: <u>                    </u> Tração <u>                    </u><br>( ) Outro: <u>                    </u>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |
| Aparência do Leito                                                                                                                                                                 | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>                    </u><br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: <u>                    </u> | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>                    </u><br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: <u>                    </u> |                                                                                                                                                                                                                    |
| Pele Perilesional                                                                                                                                                                  | ( ) Puro ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: <u>                    </u>                                                                                                                                             | ( ) Puro ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: <u>                    </u>                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de Exsudato                                                                                                                                                                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>                    </u>                                    | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>                    </u>                                    |                                                                                                                                                                                                                    |
| Quantidade de Exsudato                                                                                                                                                             | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
| Solução de Limpeza                                                                                                                                                                 | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
| Cobertura primária                                                                                                                                                                 | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
| Troca                                                                                                                                                                              | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
| Profissional que realizou procedimento:                                                                                                                                            | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
| Observações:                                                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |



113-1

VI PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO Á VANCOMICINA

|                                                 |                                                                                          |                |                |                    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| SETOR: PAAR                                     | ENF: 113                                                                                 | LT: 01         | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: 20/09/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA            |                                                                                          |                |                |                    |
| HISTÓRIA: FRATURA DE FÊMUR E 3 OSTEOMILITE ???? |                                                                                          |                |                |                    |
| DATA/HORA                                       | PRESCRIÇÃO                                                                               | HORÁRIO        |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                      | SND            |                |                    |
|                                                 | 2. AVP                                                                                   | Mantém         |                |                    |
|                                                 | 3. SF 0.9% 500ML EV ACM                                                                  | ACM            |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 4. CEFEPIME 1G + SF 0.9% 100ML EV 8/8H                                                   | 08:15 (22)     |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0.9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/ PCT) | 12:00 (22) 06% |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 6. DIFERONA 1G EV 6/6H SN                                                                | SND            |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HSN                                                                | SND            |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                          | SND            |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                               | NTF (22)       |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                               | 08:15 (22)     |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                        | 08:15 (22)     |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 12. NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA                                | 12:00 (22)     |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 13. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                                    | SND            |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 14. CURATIVO DIÁRIO                                                                      | Curativo       |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 15. CCGG + SSVV                                                                          | Rotina         |                |                    |
| 04/09/2019                                      | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                  | Final          |                |                    |

2. ab p Pct. no lito, seu queto  
algicas, medicado com  
as abas Realizado a lito de  
sangue pl exame, troque de  
laboratório, oprimido 8/8h  
Hospital Santos

Dr. Carlos Henrique  
Medicina

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |                                   |        |       |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|-------|----------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI                  |        |       |          |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI                  |        |       |          |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI (chamar Plantonista) |        |       |          |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                                   |        |       |          |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |                                   |        |       |          |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |                                   |        |       |          |
| Horário                                           | 06h                               | 11h    | 17h   | 23h      |
| NTF PA                                            | 117x71                            | 106/60 | 90x60 |          |
| FC                                                | 79                                | 88     | 100   | 94       |
| Tax                                               | 36.8                              | 36     | 35.8  | 36.5     |
| FR                                                | 20                                |        |       | 27       |
| Evacuação                                         | ausente                           | ++     |       | ausente  |
| Diurese                                           | presente                          | ++     |       | presente |
| Dextro                                            | -                                 | -      | -     | -        |
| Insulina Regular                                  | -                                 | -      | -     | -        |
| SNG                                               | -                                 | -      | -     | -        |
| Dreno                                             | -                                 | -      | -     | -        |

IENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISURIA E QUEIXA DE FEBRE, NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADA PUS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA, INICIADO ATR CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA, EXAMES SEM ALTERAÇÕES. US CONA Esq (3108): PRESENCIA DE COLEÇÃO LIQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO A VANCOMICINA

|                                                                        |                                                                                          |         |                |                   |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-------------------|
| SETOR: PAAR                                                            | ENF: 113                                                                                 | LT: 01  | DN: 09/09/2001 | D/HGR: 20/07/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                   |                                                                                          |         |                |                   |
| HD: FRACTURA DE FÊMUR E + INFECÇÃO DE PARTES MOLES (COLEÇÃO EM COXA E) |                                                                                          |         |                |                   |
| DATA/HORA                                                              | PRESCRIÇÃO                                                                               | HORÁRIO |                |                   |
| 08/09/2019                                                             | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                      | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 2. AVP                                                                                   | manhã   |                |                   |
|                                                                        | 3. SF 0,9% 500MLEVACM                                                                    | ACh     |                |                   |
| D13                                                                    | 4. CEFEPIME 1G+ SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                                    | 24h     |                |                   |
|                                                                        | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/ PCT) | 24h     |                |                   |
| D13                                                                    | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                                                                | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                                                               | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                          | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                               | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                               | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                        | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 12. NORPURIUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA                                | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 13. Captopril 25mg VO se PAS>160 e/ou PAD>110mmHg                                        | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 14. CURATIVO DIÁRIO                                                                      | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 15. CCGG + SSVV                                                                          | 5-7     |                |                   |
|                                                                        | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                                                  | 5-7     |                |                   |

18h

Plantão

Divino, ADM: MC PM, 20/07/2020

SSVV + CCGG

Isaquel Lima Silva

Técnico de Enfermagem

CORREIO 876.894-1E

Dr. J. J. Costa

Medico

Carimbo

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARREIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DISURIA E QUADRO DE FEBRE NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADO PUS NA FERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INICIADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

US COXA Esq (31/08): PRESENÇA DE COLEÇÃO LÍQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml

CD: SUPORTE CLINICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0

301 - 350: 06 UI

201 - 250: 02 UI

351 - 400: 08 UI

251 - 300: 04 UI

> 401: 10 UI

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

|                  |       |        |        |     |
|------------------|-------|--------|--------|-----|
| Horário          | 06h   | 11h    | 17h    | 23h |
| PA               | 16x76 | 120x80 | 122/70 |     |
| FC               | 81    | 90     | 89     |     |
| Tax              | 36    | 36,5   | 36,3°C |     |
| FR               | 20    | 18     | -      |     |
| Evacuação        |       |        |        |     |
| Diurese          |       |        |        |     |
| Dextro           |       |        |        |     |
| Insulina Regular |       |        |        |     |
| SNG              |       |        |        |     |
| Dreno            |       |        |        |     |





Quilme, Argentina  
Medico, 1952  
Garcia, 1952

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|
| Até 200: 0       | 301 – 350: 06 UI                 |
| 201 – 250: 02 UI | 351 – 400: 08 UI                 |
| 251 – 300: 04 UI | > 401: 10 UI Chamar Planteonista |

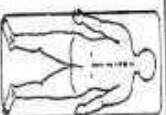
GH 50% 40 ml EV, em *bolhas*, se Glicemia < 70 mg/dL.

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS E CIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h   | 11h          | 17h          | 23h    |
|------------------|-------|--------------|--------------|--------|
| PA               | 85x66 | 124/74       | 109/60       | 104x66 |
| FC               | 77    | 79           | 68           | 88     |
| Tax              | 36.32 | 36           | 36%          | 36.3   |
| FR               |       | 16           | 16           |        |
| Evacuação        |       | <del>Ø</del> | <del>Ø</del> |        |
| Diurese          |       | +            | +            |        |
| Dextro           |       |              |              |        |
| Insulina Regular |       |              |              |        |
| SNG              |       |              |              |        |
| Dreno            |       |              |              |        |

| EVOLUÇÃO DO CURATIVO                                                                |                         |                            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em |                            |            |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas – |                            |            |
| HGR                                                                                 | Paciente:               | Gabriel Cavalcante Barbosa |            |
| Leito:                                                                              | 113, 1                  | Data:                      | 09/09/2019 |

| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Região: <u>pele esquerda</u><br>Grau: I (X) II ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                              |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Pele Perilesional                       | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                    |
| Cobertura primária                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-MG 307.795/TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Solange Paula F. de Silva<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-MG 307.795/TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tereza Alves Moura<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-MG 307.795/TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tereza Alves Moura<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-MG 307.795/TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Observações:                            | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

## IV ALERGICO Á VANCOMICINA

NITRO: PAAR

ENF: 113

102

DOI: 10.1002/for

ID#176, R: 20/01/2019

PACIENTE: GABRIEL CAVALLCANT, BARBOSA

# IDENTIFICAÇÃO DE FILMOS E INFLUÊNCIA DE PARTES MOLES COM FLEXÃO EM CÔNULO

| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                                                       | HORARIO  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 09/09/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                                              | SVD      |
|            | 2. AVP                                                                           | manhã    |
|            | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                                          | ACM      |
| D14        | 4. CEFEPIME 1G - SF 0,9% 100ML EV 8/8H                                           | 08:26:24 |
|            | 5. CLINDAMICINA 600MG - SF 0,9% 100ML EV 8/8H OU CLINDAMICINA 300mg 2cp (C/ PCT) | 08:26:24 |
| D14        | 6. DIPHRONA 1G EV 6-6H SN                                                        | SN       |
|            | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8H SN                                                       | SN       |
|            | 8. DRAMIN 1AMP IM 8-8 horas S/N                                                  | SN       |
|            | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                                       | 14:03:00 |
|            | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                       | 16:26:24 |
|            | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                                                | 08:26:24 |
|            | 12. NORPURIUM 1AMP - SF 0,9% 250ML EV SFC QUARTA E SEXTA                         | 14:03:00 |
|            | 13. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                            | SN       |
|            | 14. CURATIVO DIÁRIO                                                              | 14       |
|            | 15. CCGG + SSV                                                                   | manhã    |
|            | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                                          | 14:03:00 |

It is not an *Arctostaphylos* species, as you conclude.

Hot: 8/14

[illegible]

exit me into external administration a medical  
empire me into medical affairs of the  
man from the physical world. (10/3/93)

pac. com irritação de febre, evoluindo com melhora dos sintomas, seletiva de diarreia, realizado metronidazol por 5 dias de acordo com a indicação da infecção. Paciente refere distúria e cólono de febre, no dia da cirurgia, foi detectado pus na perna esquerda do paciente sendo realizada apenas limpeza, iniciado antib. conforme orientação da infectologia, exames de material fecal, não foi colada Esq. gest. presença de colúcio lúo no plano vaginal voltam estavando 47ml

### C. D. SUPPORT THE CLINIC Q. MAN I HOD

ESQUEMA DE INSUBORDINACIÓN

FILE 200.

[illegible]

50% 40 ml FV, em bolhas, se Glicemia < 70 mg/dl

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h              | 23h   |
|------------------|--------|--------|------------------|-------|
| PA               | 100+60 | 138x81 | 110x70           | 90+40 |
| FC               | +2     | 58     | 96               | 89    |
| Tax              | 36L    | 36     | 36 <sup>oc</sup> | 36L   |
| FR               |        |        |                  |       |
| Evacuação        |        |        |                  |       |
| Diurese          | +      | +      |                  |       |
| Dextro           |        |        |                  |       |
| Insulina Regular |        |        |                  |       |
| SNG              |        |        |                  |       |
| Dreno            |        |        |                  |       |

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

N

ALERGICO Á VANCOMICINA

SETOR: PAAR      ENI: 113      GH: 11      DT: 01      DN: 09/09/2001      DUHGR: 20/07/2019

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

HD: FRATURA DE FÊMUR E + INFECÇÃO DE PARTES MOLES (COLEÇÃO EM COXA E)

| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO |
|------------|-----------------------------------------------------------|---------|
| 10/09/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                       | Sob     |
|            | 2. AVP                                                    | Adm     |
|            | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | Adm     |
| D15        | 4. CEFEPIME 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                    | Adm     |
| D15        | 5. CLINDAMICINA 300mg 2cp VO 8/8h (C/PCT)                 | Adm     |
|            | 6. DAPIRONA 1G EV 8/8H SN                                 | Adm     |
|            | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8H SN                                | Adm     |
|            | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas SN                            | Adm     |
|            | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                | Adm     |
|            | 10. CLEXANE 40MG SC TX DIA                                | Adm     |
|            | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                         | Adm     |
|            | 12. NORIPURUM 1AMP 4 SI 0,9% 250ML EV SIG. QUARTA E SEXTA | Adm     |
|            | 13. Captopril 25mg VO se PAS 160 e/ou PAD 110mmHg         | Adm     |
|            | 14. CURATIVO DIÁRIO                                       | Adm     |
|            | 15. CCGG + SSVV                                           | Adm     |
|            | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | Adm     |

Platibio metulor 2000g  
A ordem de LOR regular  
SVV e medi avia do homem

Dr. Heráclio Almeida Costa  
CRM: 1963

1143-1

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR EVOLUENDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS. A QUINA DE DIARRÉIA REALIZADO MITIGANDOL POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFEC. PACIENTE REFERE DIARRÉIA E QUADRO DE FEBRE NO DIA DA CIRURGIA FOI DELETADA PUN NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA INCLUIDO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INSPECTOLOGIA EXAMES SEM ALTERAÇÕES. US COXA ESQ GIBRE PRESENÇA DE COLEÇÃO LIO NO PLANO MUSCULAR VOI ME ESTIMADO 47ml AGUARDO NOVO USG

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI                |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI                |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h          | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------------|--------|--------|--------|
| PA               | 11x64 110x70 | 110x70 | 110x70 | 124/64 |
| FC               | 74           | 82     | 89     | 86     |
| Tax              | 36,50        | 36     | 36,00  | 36,10  |
| FR               | -            | -      | -      | -      |
| Evacuação        | ++           | ++     | -      | -      |
| Diurese          | ++           | ++     | +      | +      |
| Dextro           | -            | -      | -      | -      |
| Insulina Regular | -            | -      | -      | -      |
| SNG              | -            | -      | -      | -      |



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Data: <b>09/09/19</b>                                                                                                                                                   | Enfermaria: <b>113</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Leito: <b>01</b> |
| Nome Completo: <b>Gabriel Cavalcante Barbosa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DN: <b>09/09/2001</b>                                                                                                                                                   | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| Hipótese Diagnóstica: <b>Fratura de Fêmur</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| Isolamento ou Precaução: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qual(is): <b>Vancomicina</b>                                                                                                                                            | Qual idioma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Obs:                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Obs:                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Acamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                         | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso<br><input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico<br>BC: <b>93</b> bpm<br>PA: <b>120x80</b> mmHg<br>Pulso: <b>93</b> bpm                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| <b>PUPILAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas<br><input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |                  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                         | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos hidroaéreos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                          |                  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local:<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Região: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                         | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Local: <b>KSD</b> Data: <b>09/09/19</b> Trocar em: <b>09/09/19</b><br>Curativo realizado em: <b>09/09/19</b> Trocar em: <b>09/09/19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente<br><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão<br><input type="checkbox"/> Risco de Quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de Brôncoaspiração<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| <b>Escala de Morse</b><br>1. Histórico de Queda<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Sim <input type="checkbox"/> 25<br>2. Diagnóstico Secundário<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Sim <input type="checkbox"/> 15<br>3. Auxílio na Deambulação<br>Nenhum/Acamado/Auxiliado <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Muleta/Bengala/Andador <input type="checkbox"/> 15<br>Mobiliário Parede <input type="checkbox"/> 30<br>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Sim <input type="checkbox"/> 20<br>5. Marcha/Deambulação<br>Normal/Sem deambulação/Acamado <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Fraca <input type="checkbox"/> 10<br>Comprometida/Cambaleante <input type="checkbox"/> 20<br>6. Estado Mental<br>Orientado/limitado/conhece as limitações <input checked="" type="checkbox"/> 0<br>Superestima capacidade/Esquece limitação <input type="checkbox"/> 15<br>Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45<br><b>TOTAL: 80</b> Risco Baixo: 0 - 24 Prescrição para prevenção de queda no verso                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |

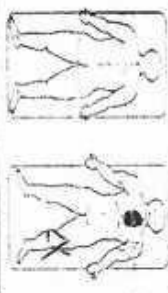
36,80

21  
4pm



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                                                                                  |                                                                                             |            |                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| <br>Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas –<br>HGR | Protocolo nº 1                                                                              | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                                                                                  | Paciente: <u>Galriel Laalcamte Realloca</u><br>Leito: <u>113-1</u><br>Data: <u>10/09/19</u> |            |                    |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4Localização                            | <br>Região: <u>M.I.E</u><br>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )                                                   | <br>Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |
| Etiologia                               | ( ) LPPIIIIV? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Q1</u> Tração <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u><br>( ) Outro: _____                                                               |                                                                                                                              |
| Aparência do Leito                      | ( ) <del>Necrose</del> : Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros: _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ |                                                                                                                              |
| Pele Perilesional                       | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____<br>( ) Molidado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                            |                                                                                                                              |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molidado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                             |                                                                                                                              |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                                                                            |                                                                                                                              |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h<br>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Diadeco</u> <u>Bruno</u>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              |
| Observações:                            | _____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              |



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                           |                       |                                                                       |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                            | Data: <b>30/09/19</b> | Enfermaria: <b>113</b>                                                | Leito: <b>01</b>         |
| Nome Completo: <b>Gabriel Carmilante Barbosa</b>                                                                           |                       | DN: <b>09/09/2001</b>                                                 | Sexo: <b>( ) F (X) M</b> |
| Hipótese Diagnóstica: <b>Fratura de Fêmur E</b>                                                                            |                       |                                                                       |                          |
| Isolamento ou Precaução: <b>(X) Sim ( ) Não (X) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos</b>   |                       |                                                                       |                          |
| Alergia: <b>(X) Sim ( ) Não Qual (is): <b>Vancomicina, Penicilina</b></b>                                                  |                       |                                                                       |                          |
| Necessidade de Intérprete? <b>( ) Sim (X) Não Qual idioma:</b>                                                             |                       |                                                                       |                          |
| Possui acompanhante: <b>(X) Sim ( ) Não Obs:</b>                                                                           |                       |                                                                       |                          |
| Deambulação: <b>( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante</b> |                       |                                                                       |                          |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>                                                                                                 |                       | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                         |                          |
| <b>(X) Consciente ( ) Desorientado ( ) Comatoso</b>                                                                        |                       | <b>(X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico</b>             |                          |
| <b>(X) Orientado ( ) Torpido ( ) Comatoso</b>                                                                              |                       | <b>(X) Normotensão realçada ( ) Hipertensão em: <b>90/60 mmHg</b></b> |                          |
| <b>(X) Resposta a estímulos ( ) Não responde</b>                                                                           |                       | <b>(X) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Ausente</b>                      |                          |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                                             |                       | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                         |                          |
| <b>(X) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midrícticas</b>                                                                      |                       | <b>(X) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT</b>                 |                          |
| <b>(X) Anisocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes</b>                                                                 |                       | <b>Aceleração da dieta: <b>(X) Sim ( ) Não ( ) Parcial</b></b>        |                          |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                                                                   |                       | <b>Evacuações: <b>(X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia</b></b>     |                          |
| <b>(X) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico</b>                                                                        |                       | <b>(X) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena</b>             |                          |
| <b>( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia</b>                                                                                    |                       | <b>Flatos: <b>(X) Presente ( ) Ausente</b></b>                        |                          |
| <b>35.8°C</b>                                                                                                              |                       | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                            |                          |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                             |                       | <b>(X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido</b>          |                          |
| <b>(X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada</b>                                                                         |                       | <b>( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico</b>                          |                          |
| <b>(X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada</b>                                                                     |                       | <b>Ruidos Hidroaéreos: <b>(X) Presente ( ) Ausente</b></b>            |                          |
| <b>(X) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica</b>                                                                           |                       | <b>Visceromegalias: <b>( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não</b></b>    |                          |
| <b>(X) Acianótica ( ) Edema Local:</b>                                                                                     |                       | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                     |                          |
| <b>Úlcera por pressão: ( ) Sim (X) Não</b>                                                                                 |                       | <b>(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria</b>                 |                          |
| <b>Região:</b>                                                                                                             |                       | <b>( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria</b>             |                          |
| <b>Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO</b>                                                             |                       | <b>( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen</b>              |                          |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                                |                       |                                                                       |                          |
| <b>(X) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia</b>                        |                       |                                                                       |                          |
| <b>Oxigenoterapia ( ) Sim (X) Não Qual:</b>                                                                                |                       |                                                                       |                          |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>                                                              |                       |                                                                       |                          |
| <b>Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não</b>                                                                                 |                       | <b>Local: <b>MSD</b> Data: <b>09/09/19</b> Trocar em:</b>             |                          |
| <b>Cateter Central: ( ) Sim (X) Não</b>                                                                                    |                       | <b>Local: Curativo realizado em: Trocar em:</b>                       |                          |
| <b>Sinais de infecção no sítio da punção:</b>                                                                              |                       | <b>( ) Sim ( ) Não</b>                                                |                          |
| <b>Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG</b>                                                                                     |                       | <b>( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem</b>      |                          |
| <b>Dreno de:</b>                                                                                                           |                       | <b>Aspecto da secreção: Quantidade:</b>                               |                          |
| <b>Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não</b>                                                                                    |                       | <b>Data de instalação: Trocar em:</b>                                 |                          |
| <b>Prótese: ( ) Sim (X) Não</b>                                                                                            |                       | <b>Tipo: Local:</b>                                                   |                          |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                           |                       |                                                                       |                          |
| <b>( ) Deglutição Prejudicada</b>                                                                                          |                       | <b>(X) Risco de Lesão por Pressão</b>                                 |                          |
| <b>(X) Risco de Infecção</b>                                                                                               |                       | <b>( ) Risco de Quedas</b>                                            |                          |
| <b>( ) Risco de nutrição desequilibrada</b>                                                                                |                       | <b>( ) Risco de Broncoaspiração</b>                                   |                          |
| <b>( ) Risco de glicemia instável</b>                                                                                      |                       | <b>( ) Eliminação urinária prejudicada</b>                            |                          |
| <b>( ) Risco de desequilíbrio do volume</b>                                                                                |                       | <b>( ) Risco de constipação</b>                                       |                          |
| <b>( ) Volume de líquidos excessivo</b>                                                                                    |                       | <b>( ) Comunicação deficiente</b>                                     |                          |
| <b>( ) Volume de líquidos deficiente</b>                                                                                   |                       | <b>(X) Deficit no autocuidado para Higiene</b>                        |                          |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                     |                       |                                                                       |                          |
| <b>1. Histórico de Queda</b>                                                                                               |                       | <b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b>                   |                          |
| <b>Não <b>X</b> 0</b>                                                                                                      |                       | <b>Não <b>0</b></b>                                                   |                          |
| <b>Sim <b>25</b></b>                                                                                                       |                       | <b>Sim <b>X</b> 20</b>                                                |                          |
| <b>2. Diagnóstico Secundário</b>                                                                                           |                       | <b>5. Marcha/Deambulação</b>                                          |                          |
| <b>Não <b>X</b> 0</b>                                                                                                      |                       | <b>Normal/Sem deambulação/Acamado <b>X</b> 0</b>                      |                          |
| <b>Sim <b>15</b></b>                                                                                                       |                       | <b>Fraca <b>10</b></b>                                                |                          |
| <b>3. Nenhum/Acamado/Auxiliado <b>X</b> 0</b>                                                                              |                       | <b>6. Estado Mental</b>                                               |                          |
| <b>Muleta/Bengala/Andador <b>15</b></b>                                                                                    |                       | <b>Orientado/limitado/conhece as limitações <b>0 X</b></b>            |                          |
| <b>Mobiliário Parede <b>30</b></b>                                                                                         |                       | <b>Superestima capacidade/Esquece limitação <b>15</b></b>             |                          |
| <b>TOTAL: <b>20</b></b>                                                                                                    |                       | <b>Risco Baixo: 0-24 Risco Médio: 25-44 Risco Alto: maior que 45</b>  |                          |
| <b>Prescrição para prevenção de queda no verso</b>                                                                         |                       |                                                                       |                          |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Gabriel Cavalcante Barbosa

Leito:

113.1

Data:

12/03/2019

4. Localização



Região:

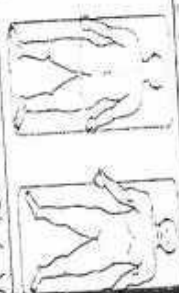
MIE

Grau: I ( ) II ( )

LPP I III III IV ?\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia

( ) Outro:



Região:

Grau: I ( ) II ( )

LPP I III III IV ?\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia

( ) Outro:

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

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

( ) Outro:

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

( ) Outro:

( ) Molhado

( ) Úmido

( ) Seco

( ) Exsudato

( ) Soro Fisiológico 0,9%

( ) Clorexidina 2%

( ) Álcool 70%

( ) Limpeza

( ) Cobertura primária

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

( ) Outro:

( ) 48/48h

( ) Troca

( ) 12/12

( ) Diário

( ) 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Adonilde Vieira Araújo  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR nº 7947ELarissa Alves Moura  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR nº 7947EAna Carolina da Silva Caratti  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR nº 7947E

Observações:





**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA**

**ALERGICO À VANCOMICINA**

| <b>SETOR:</b> PAAR                                                        | <b>ENF:</b> 113                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>LT:</b> 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>DN:</b> 09/09/2001 | <b>DI/HGR:</b> 20/07/2019 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>PACIENTE:</b> GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                           |
| <b>HISTÓRIA DE FÊMUR E + INFECÇÃO DE PARTES MOLES (COLEÇÃO EM COXA E)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                           |
| <b>DATA/HORA</b>                                                          | <b>PRESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>HORÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                           |
| 11/09/2019                                                                | 1. DIETA ORAL LIVRE<br>2. AVP<br>3. SF 0,9% 500ML EV ACM<br>4. CEFEPIME 1G+SF 0,9% 100ML EV 8/8H<br>5. CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H<br>6. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN<br>7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N<br>8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N<br>9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H - <b>ALERGICO</b><br>10. CLEXANE 400MG SC 1X DIA<br>11. DEXCLOFENIRAMINA 2MG VO 8/8H<br>12. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E<br><b>SEXTA</b><br>13. Captopril 25mg VO se PAS>160 e/ou PAD>110mmHg<br>14. CURATIVO DIARIO<br>15. CCGG + SSVV<br>16. FISIOTERAPIA MOTORA | <div style="text-align: right;"> <b>SINOPSE</b><br/>         1. <b>ALERGICO</b><br/>         2. <b>AVP</b><br/>         3. <b>SF 0,9% 500ML EV ACM</b><br/>         4. <b>CEFEPIME 1G+SF 0,9% 100ML EV 8/8H</b><br/>         5. <b>CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H</b><br/>         6. <b>DIPIRONA 1G EV 6/6H SN</b><br/>         7. <b>TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N</b><br/>         8. <b>DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N</b><br/>         9. <b>RANITIDINA 1AMP EV 8/8H - ALERGICO</b><br/>         10. <b>CLEXANE 400MG SC 1X DIA</b><br/>         11. <b>DEXCLOFENIRAMINA 2MG VO 8/8H</b><br/>         12. <b>NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA</b><br/>         13. <b>Captopril 25mg VO se PAS&gt;160 e/ou PAD&gt;110mmHg</b><br/>         14. <b>CURATIVO DIARIO</b><br/>         15. <b>CCGG + SSVV</b><br/>         16. <b>FISIOTERAPIA MOTORA</b> </div> |                       |                           |

07-138 - Boiente deomada, lugeimado  
Biodinizado medicapoc. Dny  
sem queixos. Segue des cuidados Dia.  
de equipe. Kenary  
Tec. Inf.  
Cohen-er  
3248368

Médecia  
Médica  
C.M.R.R. 198<sup>a</sup>

Heflin Jilme Costa  
Heflin Jilme Costa

586. Jácinto ou sem grãos. Adm. Diuréticos do coração  
sempre os estudos da enfermagem.

Maria Duarte

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                     |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|--------|
| <p>PA COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL, POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DISÚRIA E QUADRO DE FERRE, NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADO PÓS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INICIADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES. MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml</p> <p>CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO<br/>AGUARDAR USG PARA TRANSFERIR AO Hc</p> |     |                                     |        |        |
| <p>ESQUEMA DE INSULINA REGULAR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                     |        |        |
| Até 200: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | 301 - 350: 06 UI                    |        |        |
| 201 - 250: 02 UI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | 351 - 400: 08 UI                    |        |        |
| 251 - 300: 04 UI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | > 401: 10 UI <i>Chamar Planteia</i> |        |        |
| <p>GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i>, se Glicemia &lt; 70 mg/dL</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                     |        |        |
| <p>REGISTRO DE ENFERMAGEM</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                     |        |        |
| <p>SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                     |        |        |
| Horário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 06h | 11h                                 | 17h    | 23h    |
| PA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 122x73                              | 120x70 | 119x68 |
| FC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 96                                  | 100    | 92     |
| <i>Tax</i><br><i>Temp</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | 35°C                                | 36°C   | 35,8°  |
| FR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                     |        |        |
| Evacuação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | +                                   | +      |        |
| Diurese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | +                                   |        |        |
| Dextro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                     |        |        |
| Insulina Regular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                     |        |        |
| SNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                     |        |        |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

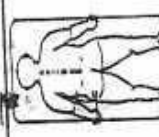
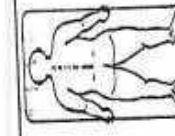
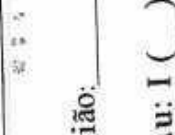
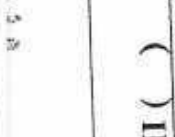
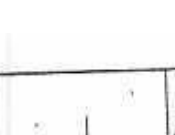
Paciente:

Gabriel Ranaelante Barbosa

Data:

13/09/19

Leito: 413-A

|                                         |                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                    |                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Localização                             |                                                                               | Região: <u>MIE</u>                                               |  | Região: _____                   |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>2</u> Tração <u>2</u> Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | Grau: I ( <u>X</u> ) II ( )                                      |   | Grau: I ( ) II ( )              |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                                   |                                                                  |   |                                 |
| Pele Perilesional                       | ( <u>X</u> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                |                                                                  |   |                                 |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <u>X</u> ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                              |                                                                  |    |                                 |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( <u>X</u> ) Seco                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                    |                                 |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( <u>X</u> ) Álcool 70%                                                                                             |                                                                  |                                                                                    |                                 |
| Cobertura primária                      | ( <u>X</u> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                            |                                                                  |                                                                                    |                                 |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <u>X</u> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                         |                                                                  |                                                                                    | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | Maria de Fátima N. Viana<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PA 448.700                                                                                           | Mônica Reis Farias<br>Técnicas em Enfermagem<br>COREN-RR 453.554 | Jucilene Moreira<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 453.554                     |                                 |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                    |                                 |



CRICÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

ALERGICO À VANCOMICINA

|                                                                       |                                                   |         |                |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|----------------|--------------------|
| SETOR: PAAR                                                           | ENF: 113                                          | LT: 01  | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: 20/07/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                  |                                                   |         |                |                    |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + INFECÇÃO DE PARTES MOLES (COLEÇÃO EM COXA E) |                                                   |         |                |                    |
| DATA/HORA                                                             | PRESCRIÇÃO                                        | HORÁRIO |                |                    |
| 15/09/2019                                                            | 1. DIETA ORAL LIVRE                               | 17h     |                |                    |
|                                                                       | 2. AVP                                            | 18h     |                |                    |
|                                                                       | 3. SF 0,9% 500MLEVACM                             | 19h     |                |                    |
| D20                                                                   | 4. CEFEPIME 1G+ SF 0,9% 100ML EV 8/8H             | 20h     |                |                    |
| D19                                                                   | 5. CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H                     | 21h     |                |                    |
|                                                                       | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                         | 22h     |                |                    |
|                                                                       | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                        | 23h     |                |                    |
|                                                                       | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                   | 24h     |                |                    |
|                                                                       | 9. OMEPRAZOL 40MG VO EM JEIUM 1X DIA              | 25h     |                |                    |
|                                                                       | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                        | 26h     |                |                    |
|                                                                       | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                 | 27h     |                |                    |
|                                                                       | 12. Captopril 25mg VO se PAS>160 e/ou PAD>110mmHg | 28h     |                |                    |
|                                                                       | 13. CURATIVO DIÁRIO                               | 29h     |                |                    |
|                                                                       | 14. CCGG + SSVV                                   | 30h     |                |                    |
|                                                                       | 15. FISIOTERAPIA MOTORA                           | 31h     |                |                    |

ob h paciente no leito  
isto medicacao com  
efeito sem queixas  
agor aos cuidados de  
p. f. e. v. d. l.

17:00 horas -  
paciente recebeu  
se transferido  
para HC. f. e. v. d. l.

|                                                                                                                 |       |                                 |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|--------|--------|
| PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, US COXA ESQ (31/08)                                                              |       |                                 |        |        |
| PRESENCIA DE COLEÇÃO LÍQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47ml, ACEITANDO ALIMENTAÇÃO OFERECIDA, SEM QUEIXAS. |       |                                 |        |        |
| CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO TRANSFERIDO AO HC                                                                   |       |                                 |        |        |
| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                                                                                     |       |                                 |        |        |
| Até 200: 0                                                                                                      |       | 301 – 350: 06 UI                |        |        |
| 201 – 250: 02 UI                                                                                                |       | 351 – 400: 08 UI                |        |        |
| 251 – 300: 04 UI                                                                                                |       | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |        |        |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL                                                               |       |                                 |        |        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                                                                                          |       |                                 |        |        |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                                                                                 |       |                                 |        |        |
| Horário                                                                                                         | 06h   | 11h                             | 17h    | 23h    |
| PA                                                                                                              | 97/75 |                                 | 120x60 | 116x52 |
| FC                                                                                                              | 76    |                                 | 90     | 75     |
| Tax                                                                                                             |       |                                 | 36,8   | 36,6   |
| FR                                                                                                              |       |                                 |        |        |
| Evacuação                                                                                                       |       |                                 | +      | +      |
| Diurese                                                                                                         |       |                                 | +      | +      |
| Dextro                                                                                                          |       |                                 | —      | —      |
| Insulina Regular                                                                                                |       |                                 | —      | —      |
| SNG                                                                                                             |       |                                 | —      | —      |
| Dreno                                                                                                           |       |                                 | —      | —      |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

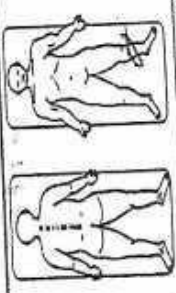
gabriel Cavaleante

Leito:

J3-1

Data:

31/09/19

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Região: <u>MSE</u>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: <u>I</u> <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: <u>I</u> <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" 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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                   |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                          | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                          |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                          |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                        |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                             | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                             |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                         |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Vaneza da Silva Moraes<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 965 152 TE                                                                                                                                                                                                                                | <br>Selma Taty F. do Silva<br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.831                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



**PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO D. CLÍNICA MÉDICA ORTOI DICA**  
**ALERGICO Á VANCOMICINA**

|                                                                     |                                                   |        |                |                    |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|----------------|--------------------|
| SETOR: PAAR                                                         | ENF: I13                                          | LT: 01 | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: 20/07/2019 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                |                                                   |        |                |                    |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E INFECÇÃO DE PARTES MOLES (COLEÇÃO EM COXA E) |                                                   |        | HORÁRIO        |                    |
| DATA/HORA                                                           | PRESCRIÇÃO                                        |        |                |                    |
| 13/09/2019                                                          | 1. DIETA ORAL LIVRE                               |        |                | SND                |
|                                                                     | 2. AVP                                            |        |                | MANUTEN            |
|                                                                     | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                           |        |                | ACM                |
|                                                                     | 4. CEFEPIME 1G+ SF 0,9% 100ML EV 8/8H             |        |                | 29                 |
| D18                                                                 | 5. CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H                     |        |                | 29                 |
| D17                                                                 | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                         |        |                | SN                 |
|                                                                     | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                        |        |                | SN                 |
|                                                                     | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                   |        |                | ok                 |
|                                                                     | 9. OMEPRAZOL 40MG VO EM JEJUM 1X DIA              |        |                | ok                 |
|                                                                     | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                        |        |                | ok                 |
|                                                                     | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                 |        |                | ok                 |
|                                                                     | 12. Captoptil 25mg VO se PAS>160 e/ou PAD>110mmHg |        |                | ok                 |
|                                                                     | 13. CURATIVO DIÁRIO                               |        |                | ok                 |
|                                                                     | 14. CCGG + SSVV                                   |        |                | ok                 |
|                                                                     | 15. FISIOTERAPIA MOTORA                           |        |                | ok                 |

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, US COXA Eq (31/08/2017) PRESENÇA DE COLEÇÃO LÍQ NO PLANO MUSCULAR, VOLUME ESTIMADO 47mL, ACEITANDO ALIMENTAÇÃO OFERECIDA, SEM QUEIXAS.

CD: SUPORTE CLINICO MANTIDO  
AGUARDANDO USG PARA TRANSFERIR AO HC

**ESQUEMA DE INSULINA REGULAR**

|            |                   |
|------------|-------------------|
| Até 200: 0 | 201 - 220: 08 III |
|            | 221 - 400: 08 III |

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| 201-250: 02 Jul | 2015-07-02 01                  |
| 200-04 III      | >401: 10 Ul Chamar Plantonista |

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| 251 - 500: 04 01                                  |  |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dl |  |

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS**

| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h |
|---------|-----|-----|-----|-----|
|---------|-----|-----|-----|-----|

|    |        |        |        |        |
|----|--------|--------|--------|--------|
| PA | 120x10 | 127x70 | 130x80 | 140x80 |
|----|--------|--------|--------|--------|

|      |    |    |
|------|----|----|
| 11/1 | 02 | 28 |
|------|----|----|

|    |    |    |    |   |
|----|----|----|----|---|
| TC | 80 | 90 | 71 | 0 |
|----|----|----|----|---|

|     |       |       |       |
|-----|-------|-------|-------|
| Tax | 21.00 | 36.92 | 30.00 |
|-----|-------|-------|-------|

[illegible]

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| FR |  |  |  |
|----|--|--|--|

|           |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| Evacuação | - | 7 | 1 |
|-----------|---|---|---|

[illegible]

|         |   |  |   |
|---------|---|--|---|
| Diurese | + |  | + |
|---------|---|--|---|

|        |   |  |   |
|--------|---|--|---|
| Dextro | / |  | / |
|--------|---|--|---|

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Insulina |  |  |  |
|----------|--|--|--|

|         |   |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|
| Regular | ✓ |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| SNG | ✓ |  | ✓ |
|-----|---|--|---|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

*Dra. Nevelin Almeida Costa*  
Medica  
CRM-PR 1963

McC. Enfield - TE  
GOREN-RR 803.942



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

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: **GABRIEL CAVALCANTE**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR E**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: **NEGA** DM2: **NEGA**  
LEITO: **113-1** DATA: **16/09/2019**

IDADE: \_\_\_\_\_

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

|    |                                                         |  |
|----|---------------------------------------------------------|--|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                        |  |
| 2  | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |  |
| 3  | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |  |
| 4  | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |  |
| 5  |                                                         |  |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |  |
| 7  | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |  |
| 8  | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |  |
| 9  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |  |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |  |
| 11 | CEFEPIME 1G EV 12 /12H                                  |  |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |  |
| 13 |                                                         |  |
| 14 |                                                         |  |
| 15 |                                                         |  |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |  |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |  |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO                                         |  |
| 19 |                                                         |  |
| 20 |                                                         |  |
| 21 |                                                         |  |

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

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

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA      | FC | FR | T      |
|------|---------|----|----|--------|
| 12 H | 124/60  | 99 | 18 | 35,8   |
| 18 H | 130/110 | 90 | 20 | 36,1   |
| 24 H | 135/95  | 90 |    | 35,8°C |
| 06h  | 120/78  | 85 |    | 35,5°C |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

**06h NAS DORM O ITEM (08) POR NAS TER DISPONIVEL NO MOMENTO. TCC Amanda, 06h POR Nã LEITO, SEM QUEIXAS, SEQUE DAS CUIDADOS DA ENF. TCC Amanda**  
Amanda Lima de Araújo  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 907534

**18.00 pronto no leito 207C, SEM dor. Sem Nã sinais**



113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                        |       |      |            |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|------|------------|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                        |       |      |            |  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                        |       |      |            |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                        |       |      |            |  |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                        | DIH   | DN   |            |  |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>   |                                                        |       |      |            |  |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>          |                                                        |       |      |            |  |
| ALERGIAS                             | HAS                                                    | NEGA  | DM2  | NEGA       |  |
| IDADE                                | LEITO                                                  | 113-1 | DATA | 17/09/2019 |  |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                             |       |      | HORÁRIO    |  |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |      |            |  |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |       |      |            |  |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |       |      |            |  |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |       |      |            |  |
| 5                                    |                                                        |       |      |            |  |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |      |            |  |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE   |       |      |            |  |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |      |            |  |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |      |            |  |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |       |      |            |  |
| 11                                   | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                  |       |      |            |  |
| 12                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                       |       |      |            |  |
| 13                                   | Mim Porter                                             |       |      |            |  |
| 14                                   |                                                        |       |      |            |  |
| 15                                   |                                                        |       |      |            |  |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |      |            |  |
| 17                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |      |            |  |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |      |            |  |
| 19                                   |                                                        |       |      |            |  |
| 20                                   |                                                        |       |      |            |  |
| 21                                   |                                                        |       |      |            |  |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

| 6 H   | PA     | FC | FR | T      |
|-------|--------|----|----|--------|
| 12 H  | 115x75 | 97 |    | 36°C   |
| 18 H  | 108x88 | 89 |    | 36,0°C |
| 24 H  | 143x78 | 73 |    | 36,3°C |
| 26 H  | 100x90 | 72 | 20 | 35,8°C |
| 06/10 | 110x80 | 70 | 20 | 35,8°C |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

35. Verificados SSVV e administradas  
medicações C.P.M., exceto ITEM 10, pois  
não tem na unidade (somente com-  
primido).

Cristiano Sacramento  
Téc. em Enfermagem

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

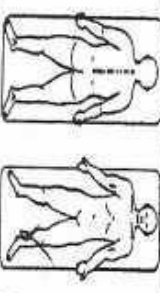
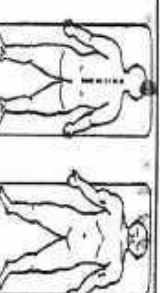
Edvaldo

Leito:

113-1

Data:

17/09/19

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Localização                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Região: <u>med</u>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Região: _____                                                              |
| Etiologia                              | <input type="checkbox"/> LP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                 | Grau: <u>I</u> <input type="checkbox"/> <u>II</u> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                 | Grau: <u>I</u> <input type="checkbox"/> <u>II</u> <input type="checkbox"/> |
| Aparência do Leito                     | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                            | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                            |
| Pele Perilesional                      | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |
| Quantidade de Exsudato                 | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco<br><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%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| Cobertura primária                     | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><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 | Francieleide C. Alencar<br>Enfermeira<br>TEC<br>Emília da N. Silva<br>Enfermeira<br>CO-012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            | Berenice da S. Carlos<br>Enfermeira<br>CO-012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |
| Observações:                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|     |                         |                            |            |                    |                     |
|-----|-------------------------|----------------------------|------------|--------------------|---------------------|
|     | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1             | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|     | Tratamento de Feridas - |                            |            |                    |                     |
| HGR | Paciente:               | Gabriel Cavalcante Barbosa |            |                    |                     |
|     | Leito:                  | 113.1 Data: 18/09/2019     |            |                    |                     |

|                                         |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |  | Região: perna esquerda                                                                                                                           |  | Região:                                                                                                                                          |
| Etiologia                               |  | Grav: I (X) II ( )                                                                                                                               |  | Grav: I ( ) II ( )                                                                                                                               |
| Aparência do Leito                      |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Pele Perilesional                       |  | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                               |  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                               |
| Tipo de Exsudato                        |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco<br>( ) Outro:                                                             |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                             |
| Quantidade de Exsudato                  |  | ( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco                                                                                                                   |  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                   |
| Solução de Limpeza                      |  | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                      |  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                      |
| Cobertura primária                      |  | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                           |  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                           |
| Troca                                   |  | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                  |  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                  |
| Profissional que realizou procedimento: |  | Larissa Alves, Mota<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 507.955/TE                                                                              |  | Adonilda Vieira Araújo<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 507.955/TE                                                                           |
| Observações:                            |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                  |

113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|------|------------|---------|---------------|----|----|----|----|-----|--------|----|--|--|------|--------|----|----|--------|------|--------|----|----|--------|------|--------|----|---|--------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | DIH   | DN   |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | HAS   | NEGA | DM2        | NEGA    |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | LEITO                                                   | 113-1 | DATA | 18/09/2019 |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIÇÃO                                              |       |      |            | HORÁRIO |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                   |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| # CONDIÇÃO: MANTIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| # PREVISÃO DE ALTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |       |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>120/70</td> <td>89</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>121/73</td> <td>85</td> <td>21</td> <td>35.8°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>132/84</td> <td>86</td> <td>19</td> <td>35.8°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100/59</td> <td>98</td> <td>-</td> <td>35.9°C</td> </tr> </tbody> </table> |                                                         |       |      |            |         | SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TA | 6 H | 120/70 | 89 |  |  | 12 H | 121/73 | 85 | 21 | 35.8°C | 18 H | 132/84 | 86 | 19 | 35.8°C | 24 H | 100/59 | 98 | - | 35.9°C |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PA                                                      | FC    | FR   | TA         |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 120/70                                                  | 89    |      |            |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 121/73                                                  | 85    | 21   | 35.8°C     |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 132/84                                                  | 86    | 19   | 35.8°C     |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100/59                                                  | 98    | -    | 35.9°C     |         |               |    |    |    |    |     |        |    |  |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |   |        |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12/11/2020 paciente no 113-1  
fez exame físico com  
35/100 S/N  
unidade de 113-1



113-1

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **GABRIEL CAVALCANTE**

AGNÓSTICO **FX FEMUR E**

ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO **113-1** DATA **19/09/2019**

| ITEM | PRESCRIÇÃO                                              | HORÁRIO |
|------|---------------------------------------------------------|---------|
| 1    | DIETA ORAL LIVRE                                        |         |
| 2    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |         |
| 3    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |         |
| 4    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |         |
| 5    |                                                         |         |
| 6    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |         |
| 7    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |         |
| 8    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                |         |
| 9    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |         |
| 10   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |         |
| 11   | CEFEPIME 1G EV 12 /12H                                  |         |
| 12   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |         |
| 13   |                                                         |         |
| 14   |                                                         |         |
| 15   |                                                         |         |
| 16   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |         |
| 17   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |         |
| 18   | CURATIVO DIÁRIO                                         |         |
| 19   |                                                         |         |
| 20   |                                                         |         |
| 21   |                                                         |         |

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

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

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | TX   |
| 12 H          |        |    |    |      |
| 18 H          | 120/83 | 91 | 22 | 36,5 |
| 24 H          | 120/80 | 89 | 18 | 35,4 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Col: PA 120x80  
 P 90  
 T: 35,9°C

2h. medicado e.p.m., após o  
 SSVV, segue nos cuidados de  
 enfermagem.

Jacqueline Viana de Aguiar  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 549847

18h para ser no novo  
 furo anatômico com  
 SSVV e fixar os arcos  
 que o arquipédo

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

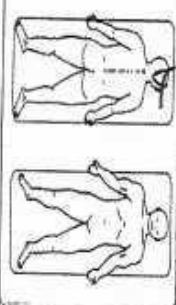
Paciente:

Rauvea Thirago Ferreira

Leito: 413-2

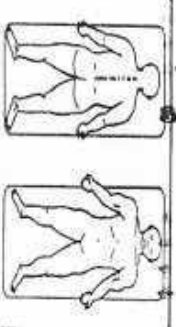
Data: 19/09/2019

Pl localização



Região: Coxa esquerda

Grau: I ( ) II (X)



Região:

Grau: I ( ) II ( )

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

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

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

Pele Perilesional

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

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

Tipo de Exsudato

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

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) 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%

Cobertura primária

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

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

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 ( ) Diário

Profissional que realizou procedimento:

Maria de Edina N. Viana  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COEN/RN 449.709

Jucilene Moreira  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COEN/RN 453.354

Mônica Reis Farias  
 Técnica de Enfermagem  
 COEN/RN 100.257.004

Observações:



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |       |       |      |            |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH   | DN    |      |            |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE         |                                                         |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO: FX FEMUR E                |                                                         |       |       |      |            |
| ALERGIAS                             |                                                         | HAS   | NEGA  | DM2  | NEGA       |
| IDADE                                |                                                         | LEITO | 113-1 | DATA | 20/09/2019 |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |       |      | SND        |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |       |      |            |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |       |       |      |            |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |       |       |      | SN         |
| 5                                    |                                                         |       |       |      |            |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |       |      | SN         |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |       |      | SN         |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                |       |       |      | SN         |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |       |      | SN         |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |       |      | SN         |
| 11                                   | CEFEPIME 1G EV 12 /12H                                  |       |       |      | SN         |
| 12                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |       |       |      | SN         |
| 13                                   |                                                         |       |       |      |            |
| 14                                   |                                                         |       |       |      |            |
| 15                                   |                                                         |       |       |      |            |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |       |      | SN         |
| 17                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |       |      | SN         |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |       |      | SN         |
| 19                                   |                                                         |       |       |      |            |
| 20                                   |                                                         |       |       |      |            |
| 21                                   |                                                         |       |       |      |            |

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

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

21.09.19  
6h PA: 122/83 73 16 35,9°C

## SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC | FR        |
|------|--------|----|-----------|
| 12 H | 123x70 | 88 | 36°C      |
| 18 H | 120x67 | 86 | 36        |
| 24 H | 103/53 | 76 | 16 35,8°C |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

DN: 03/06/1951

Insinete Santos da Silva  
 Técnico em Enfermagem  
 COREN-RR 903885-11

Rosângela A. Delmido  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 663560

Mantido no leito de 20.09.19 a  
 21.09.19 de 19h-07h  
 Paciente no leito trançado, não  
 apresenta sinais vitais e administrado  
 medicação conforme prescrição, com  
 14ml de soro fisiológico e 10ml  
 de soro de glicose 50% a cada 6h.

12h Pet. no leito, sem queixas algias, medicado com  
 aperiol 86VU, segue aos cuidados

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

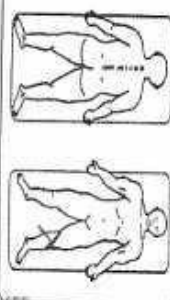
Paciente:

Gabriel C. Barbosa

Leito: 113.1

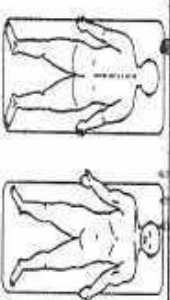
Data: 20/09/19

Pl localização



Região: M.I.E

Grau: I ( ) II ( )



Região:

Grau: I ( ) II ( )

Etiologia

( ) LPP I II III IV ?\* ( ) Queimadura (X) 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 ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
 ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
 (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor  
 ( ) Outro:

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
 ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
 ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor  
 ( ) Outro:

Pele Perilesional

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

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

Tipo de Exsudato

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Seroso  
 ( ) Outro: C

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso  
 ( ) Outro:

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado ( ) Úmido N  
 (X) Seco

( ) Molhado ( ) Úmido  
 ( ) Seco

Solução de Limpeza

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

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

Cobertura primária

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

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

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Reginaldo M. M. Gomes  
 COBENRR 018356

Bruno S. Pereira  
 COBENRR 018356

Observações:



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|-------|------------|---------|---------------|--|--|--|--|-----|--------|------|-------|------|------|--------|----|--|----|------|--|--|--|--|------|--------|----|----|------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | DIH   | DN    |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| AGNÓSTICO: FX FEMUR E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HAS                                                    | NEGA  | DM2   | NEGA       |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | LEITO                                                  | 113-1 | DATA  | 21/09/2019 |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |       |       |            | HORÁRIO |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CEFEPIME 1G EV 12 /12H                                 |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                       |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br/>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br/>DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>                                                                                                                                                                                          |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br/># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br/># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br/>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br/># SOLICITADO:<br/># CONDUTA: MANTIDA<br/># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br/># PREVISÃO DE ALTA:</p>                                                                                                                     |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>124x60</td> <td>FB 2</td> <td>FR 14</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>125x76</td> <td>86</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120x90</td> <td>80</td> <td>14</td> <td>36°C</td> </tr> </tbody> </table> |                                                        |       |       |            |         | SINAIS VITAIS |  |  |  |  | 6 H | 124x60 | FB 2 | FR 14 | 36°C | 12 H | 125x76 | 86 |  | 36 | 18 H |  |  |  |  | 24 H | 120x90 | 80 | 14 | 36°C |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 124x60                                                 | FB 2  | FR 14 | 36°C       |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 125x76                                                 | 86    |       | 36         |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |       |       |            |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 120x90                                                 | 80    | 14    | 36°C       |         |               |  |  |  |  |     |        |      |       |      |      |        |    |  |    |      |  |  |  |  |      |        |    |    |      |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

17:00 Trocado SUP. MSD, jélico 22.

Antônio Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 784.228 TE



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

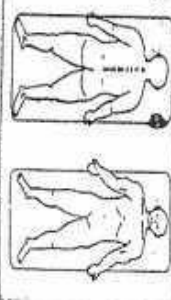
Gabriel Laualcanta Barbosa

Leito:

153-2

Data: 27/09/19

Localização



Região: M.I.E

Grau: I ( ) II (X)

Etiologia

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

Aparência do

Leito

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
 ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros  
 (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema/ Rubor  
 ( ) Outro:

Pele Periférica

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de

Exsudato

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco  
 ( ) Outro:

Solução de

Limpeza

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

Cobertura

primária

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

Técnica

( ) 12/12

(X) Diário

( ) 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Rafael Miguel Deodoro  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 487.831-TE

João Darcio Loureiro  
COREN-RR 487.831-TE

Norma Patrícia  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 487.831-TE

Observações:

Rafael Miguel Deodoro  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 487.831-TE

Norma Patrícia  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 487.831-TE

João Darcio Loureiro  
COREN-RR 487.831-TE



113.1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|------|------------|--|---------------|--|--|--|--|-----|----|----|----|---|------|--------|----|---|--|------|--------|----|---|--|------|--------|----|---|-----|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | DIH         | DN   |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | GABRIEL CAVALCANTE                                      |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FX FEMUR E                                              |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAS                                                     | NEGA        | DM2  | NEGA       |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | LEITO                                                   | 113-1       | DATA | 22/09/2019 |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                        | HORARIO     |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACESSO VENOSO PERIFERICO                                | SND         |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SF 0.9% 500ML EV S/N                                    | MAPTEL      |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT | SN          |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         | 06 NT       |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   | 08 16 24    |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                   | 10 18 24    |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        | 12 18 24 06 |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLEXANE 40 MG SC 1X/DIA                                 | 16          |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     | SC          |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                       | ROTINA      |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                         | CURATO      |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b> 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>                                                                                                                                                                                            |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br/> #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br/> #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br/> #SOLICITADO:<br/> #CONDUTA: MANTIDA<br/> #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br/> #PREVISÃO DE ALTA:</p>                                                                                                                   |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <p>06h - PA - 109x56<br/>P = 77</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <p>Dr. Pedro Di Giovanni<br/>Ortopedista e Traumatologista<br/>CRM-RR 4615 / RQE: 684</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <p>Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO<br/>CRM-RR 2028<br/>Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>125/76</td> <td>60</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>124/80</td> <td>89</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>132x73</td> <td>92</td> <td>-</td> <td>36°</td> </tr> </tbody> </table> |                                                         |             |      |            |  | SINAIS VITAIS |  |  |  |  | 6 H | PA | FC | FR | T | 12 H | 125/76 | 60 | - |  | 18 H | 124/80 | 89 | - |  | 24 H | 132x73 | 92 | - | 36° |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |             |      |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                      | FC          | FR   | T          |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 125/76                                                  | 60          | -    |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 124/80                                                  | 89          | -    |            |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 132x73                                                  | 92          | -    | 36°        |  |               |  |  |  |  |     |    |    |    |   |      |        |    |   |  |      |        |    |   |  |      |        |    |   |     |

Plantão diurno.  
Adm. medicações CPM, exceto item (10), pois farmácia não disponibilizou. Afetado SSVV. Segue as cuidados da enfermagem. *Sandra Carvalho*



113-1



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



|                                    |       |      |            |
|------------------------------------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                   |       | DIH  | DN         |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b> |       |      |            |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>        |       |      |            |
| ALERGIAS                           |       |      |            |
| IDADE                              | HAS   | NEGA | DM2        |
| LEITO                              | 113-1 | DATA | 23/09/2019 |

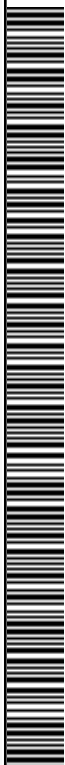
| ITEM | PRESCRIÇÃO                                              | HORÁRIO |
|------|---------------------------------------------------------|---------|
| 1    | DIETA ORAL LIVRE                                        |         |
| 2    | ACESSO VENOSO PERIFERICO                                | SND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

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

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

| SINAIS VITAIS |        |     |    |      |
|---------------|--------|-----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC  | FR | T    |
| 12 H          | 130x80 | 97  | -  | 36,8 |
| 18 H          | 119/74 | 108 | -  | 35,4 |
| 24 H          | 120x80 | 76  | 18 | 35,3 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia



52 hrs p/4 no leito, troca do SVP, M.S.E, glicose m: 18,1  
verificado do SSVV e medicado C.P.M. - Tc: 6 Ua

dh. Realizados SSVV, ADM as medicações e de higiene  
Opm e ventos item 08, 10, não estão disponíveis  
Farmácia



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Galvaneel Cavalcante Barleosa

Leito:

113-1

Data: 23 de 1 de 2019

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Região: <u>MIÉ</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Região: <u>MIÉ</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                 | Grau: I ( ) II ( )<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                        | Grau: I ( ) II ( )<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <u>Alcila</u><br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><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%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                              |
| Profissional que realizou procedimento: | ( ) 12/12 <u>Diário</u> ( ) 48/48h<br><u>Renata Blum</u><br>BPP São Carlos<br>T. 387.172<br>COREN-RR 387.172                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ( ) 12/12 <u>Diário</u> ( ) 48/48h<br><u>Renata Blum</u><br>BPP São Carlos<br>T. 387.172<br>COREN-RR 387.172                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) 12/12 <u>Diário</u> ( ) 48/48h<br><u>Renata Blum</u><br>BPP São Carlos<br>T. 387.172<br>COREN-RR 387.172                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) 12/12 <u>Diário</u> ( ) 48/48h<br><u>Renata Blum</u><br>BPP São Carlos<br>T. 387.172<br>COREN-RR 387.172                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERIAÇÃO HOSPITALAR

Ministério  
SAÚDE

Nome do Paciente: **Gabriel Cavalcante Barbosa**

Nome do Responsável: **Vilmar Pereira Cavalcante**

CPF do Paciente: **09/07/01**

CPF do Responsável: **135297**

Endereço: **BU**

Cidade: **RA**

Paciente com fratura trans-trocantérea  
e supracondílea de fêmur D

ATO Clínico

Anamnese + RX + Ex. Físico

Fratura trans-troc - e supracondílea

ortopedica

24/09/19

Dr. Pedro de S. Paiva  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 2028

Política 0415030017  
0408050624 → 572  
0408050632 → 5721

74.9





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 24.09.19

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

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

Gabriel Cavalante  
Bethora

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx transtrocantérica e supracondílea

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: de flum (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MLICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 músculo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Elder

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

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

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

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

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDA sob anestesia
- 2- Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- 3- Incisão longitudinal em região lateral de fêmur distal
- 4- Divulsão por planos até o foco da fratura
- 5- fixação da fratura em fêmur distal com placa DCS de 9 ossos sob controle radioscópico
- 6- LMC + sutura por planos + curativo

Seguinte → Visto

Dr. Vitor Montenegro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-BR 864





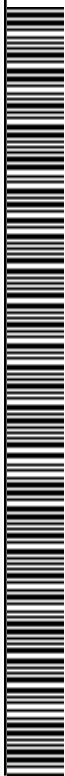
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                             |                            |                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><u>Barbosa</u>                                              |                             | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO                    | DATA<br><u>24/09/19</u>             |
| TIPO<br><u>Fratura transtrocantária e supracondilar Fêmur E</u>                 |                             | CIRURGIA                   |                                     |                                     |
| TEMPO DE DURAÇÃO                                                                |                             | INICIO<br><u>14:35</u>     | FIM<br><u>16:54</u>                 | TEMPO TOTAL                         |
| CIRURGIÃO                                                                       | EQUIPE MÉDICA               |                            |                                     |                                     |
| <u>DR Vitor Montenegro</u>                                                      | ANESTESISTA:                |                            | <u>DR - V. Bisnosa</u>              |                                     |
| 1º AUXILIAR                                                                     | RES. ANESTESIA:             |                            | <u>DR - Bruno</u>                   |                                     |
| <u>DR Marcelo + DR Marcelo (R)</u>                                              | INSTRUMENTADOR              |                            | <u>Fagner</u>                       |                                     |
| 2º AUXILIAR                                                                     | CIRCULANTE                  |                            | <u>Lucas + Isaac</u>                |                                     |
| TIPO DE ANESTESIA: <u>Raque</u>                                                 |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:          |                                     |                                     |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR                      | QUANT                               | MEDICAMENTOS                        |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                            | 1                                   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO           |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PACOTES GAZE                |                            |                                     | <u>500</u>                          |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 7.0            |                            |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO        |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 7.5            |                            |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO             |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 8.0            |                            | <input type="checkbox"/>            | FIO VICRYL Nº 0                     |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5            |                            | <input type="checkbox"/>            | FIO MONONYLON Nº 3,0                |
|                                                                                 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS      |                            |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº           |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LÂMINA BISTURI Nº 24        |                            | <input type="checkbox"/>            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº           |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                            | <input type="checkbox"/>            | FIO CATGUT SIMPLES Nº Nylon 2,0     |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº           |                            | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO CATGUT CROMADO Nº               |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº         |                            |                                     | FIO PROLENE Nº Escova e degomagem   |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                |                            | <input type="checkbox"/>            | FIO SEDA Nº                         |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                |                            | <input type="checkbox"/>            | SURGICEL atadura de crepom          |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML               |                            | 1                                   | CERA P/ OSO Alcool ± 200 ml         |
|                                                                                 | SERINGA 10ML                |                            | 1                                   | KIT CATARATA Nº                     |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                |                            | 1                                   | GEOFOAM Bolsa coletoxa 2000 ml      |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | <u>Eletrodos</u>            |                            | 1                                   | FITA CARDIACA Dreno pericardiac 6,4 |
| <input type="checkbox"/>                                                        | <u>cateter #102</u>         |                            | 1                                   | OUTROS: <u>SV Nº 14</u>             |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                     |                                     |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE            | VALOR                      |                                     |                                     |
|                                                                                 | <u>Luciano</u>              |                            |                                     |                                     |
| FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA          | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                                     |                                     |
|                                                                                 |                             | SUB- TOTAL                 |                                     |                                     |
|                                                                                 |                             | TAXA DE SALA               |                                     |                                     |
|                                                                                 |                             | TAXA DE ANESTESIA          |                                     |                                     |
|                                                                                 |                             | SOMA                       |                                     |                                     |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                             |                            |                                     |                                     |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6M8 DTCWE R2JJJ SZFAY









113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                  |                                                        |       |      |     |                    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|------|-----|--------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA             |                                                        |       |      |     |                    |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA       |                                                        |       |      |     |                    |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                          |                                                        |       |      |     |                    |
| DATA DE ADMISSÃO                           |                                                        | DIH   | DN   |     |                    |
| PACIENTE <i>Gabriel Cavalcante Benhe</i>   |                                                        |       |      |     |                    |
| AGNÓSTICO <i>Osteomielite do fêmur (E)</i> |                                                        |       |      |     |                    |
| ALERGIAS                                   |                                                        | HAS   | NEGA | DM2 | NEGA               |
| IDADE                                      |                                                        | LEITO | DATA |     | <i>23/08/19</i>    |
| ITEM                                       | PRESCRIÇÃO                                             |       |      |     | HORÁRIO            |
| 1                                          | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |      |     | SND                |
| 2                                          | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |       |      |     | montero            |
| 3                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |       |      |     | SIN                |
| 4                                          | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                 |       |      |     | <i>10 16 22 04</i> |
| 5                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |      |     | <i>06</i>          |
| 6                                          | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |      |     | <i>10</i>          |
| 7                                          | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 8                                          | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |       |      |     | SIN                |
| 9                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 10                                         | <i>CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H Cefepime 2g EV 8/8h</i>  |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 11                                         | <i>CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H</i>                  |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 12                                         | <i>Vancomicina 2 g EV 12/12h</i>                       |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 13                                         | <i>Clexane 11mg 8-C 1x ao dia</i>                      |       |      |     | <i>14 20 06</i>    |
| 14                                         |                                                        |       |      |     |                    |
| 15                                         |                                                        |       |      |     |                    |
| 16                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |      |     |                    |
| 17                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |      |     |                    |
| 18                                         | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |      |     |                    |
| 19                                         |                                                        |       |      |     |                    |
| 20                                         |                                                        |       |      |     |                    |
| 21                                         |                                                        |       |      |     |                    |

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

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

*12:40 h. paciente apresenta febre leve, tosse, com*  
*Vancomicina 2g EV 12/12h*  
*12:40 h. paciente apresenta febre leve, tosse, com*  
*12:40 h. paciente apresenta febre leve, tosse, com*

**SINAIS VITAIS**

|      | 6 H    | PA  | FC | FR   |    |
|------|--------|-----|----|------|----|
| 12 H | 113x70 | 101 | 18 | 35,5 | °C |
| 18 H | 118x70 | 97  | 20 | 36   | °C |
| 24 H | 130x70 | 85  | 19 | 36   | °C |

*6hs. 130x70 80 19 36°C*

*12:00h. Afecção SSVV, adm. item 12. pte atômica*  
*do CC, ainda com algia. Calor*

Dr. Odinaçilio  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RP

R. de M. Valdivia  
MÉDICO CONTRA 208  
AUG. 2019



113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                  |                                                         |       |       |      |            |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA             |                                                         |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA       |                                                         |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                          |                                                         |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                           |                                                         | DIH   | DN    |      |            |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA</b> |                                                         |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO <b>FX DE FEMUR E</b>             |                                                         |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                   |                                                         | HAS   | NEGA  | DM2  | NEGA       |
| IDADE                                      |                                                         | LEITO | 113-1 | DATA | 24/08/2019 |
| ITEM                                       | PRESCRIÇÃO                                              |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                          | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |       |      | SN         |
| 2                                          | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |       |      | manter     |
| 3                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |       |       |      | SN         |
| 4                                          | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |       |       |      | 10:16:22   |
| 5                                          | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA                               |       |       |      | SUSPENSO   |
| 6                                          | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |       |      | SN         |
| 7                                          | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |       |      | SN         |
| 8                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                |       |       |      | SN         |
| 9                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |       |      | SN         |
| 10                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN                |       |       |      | SN         |
| 12                                         | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                     |       |       |      | SN         |
| 13                                         | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H           |       |       |      | SN         |
| 14                                         | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                               |       |       |      | SN         |
| 15                                         |                                                         |       |       |      |            |
| 16                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |       |      | SN         |
| 17                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |       |      | SN         |
| 18                                         | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |       |      | SN         |
| 19                                         |                                                         |       |       |      |            |
| 20                                         |                                                         |       |       |      |            |
| 21                                         |                                                         |       |       |      |            |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS

#EXAME FÍSICO: BOA, ADIANTADO, ANTERIORES, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 23/08/19, SE RECUPERA BEM, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE, COM LEVE SANGRAMENTO PELO CURATIVO.

#SOLICITADO:

#CONDUITA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS |        |    |    | TAX  |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 100x70 | 80 |    | 36°C |
| 18 H          | 100x70 | 83 |    | 36°C |
| 24 H          | 100x70 | 80 |    | 36°C |

Dr. Alberto Cavalcante  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1884

As 12h reavaliado  
 Sonda vesical  
 de 20cc de urina  
 11

As 18h reavaliado  
 com sonda vesical  
 de 20cc de urina  
 11



PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                          |        |                |         |    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|----------------|---------|----|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                 | LT: 01 | DN: 09/09/2001 | DI/HGR: | 01 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                          |        |                |         |    |
| ID: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                          |        |                |         |    |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                               |        | HORÁRIO        |         |    |
| 23/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      |        | SND            |         |    |
|                                      | 2. AVP                                                   |        | mon            |         |    |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                  |        | 12-16-24-06    |         |    |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               |        | F1XO           |         |    |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                              |        | 16-24-06       |         |    |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          |        | SND            |         |    |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                               |        | 14-22-06       |         |    |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                |        | 16-24-06       |         |    |
|                                      | 9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |        | 16-24-06       |         |    |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg    |        | Hor não        |         |    |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                      |        | SND            |         |    |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                          |        | Beno           |         |    |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                  |        | FST            |         |    |

14- Olfepine 2g EV 8/8h. (Muda 100ml SF 0,9%) - 16-24-08

15- Dindamicina (600mg) EV 8/8h + SF 0,9% 100ml - 14-24-08

16- Dextrofenilamino 2mg VO 8/8h sept. 16-24-08

Adelie Gai Costa Médica CRM-RR 1988

Roberto Carlos C. Cordeiro

|                                                                                                                                                                            |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|--------|-----|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS, DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE EM FÉRE DISURIA. |     |           |        |     | EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS, CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO |  |  |  |  |
| ESQUEMA DE INSULINA A REGULAR                                                                                                                                              |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| Até 200: 0                                                                                                                                                                 |     |           |        |     | 301 – 350: 06 UI                                          |  |  |  |  |
| 201 – 250: 02 UI                                                                                                                                                           |     |           |        |     | 351 – 400: 08 UI                                          |  |  |  |  |
| 251 – 300: 04 UI                                                                                                                                                           |     |           |        |     | > 400: 10 UI <small>Chamar Plantonista</small>            |  |  |  |  |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL                                                                                                                  |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                     |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                                                                                                                                            |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| Horário                                                                                                                                                                    | 06h | 11h       | 17h    | 23h |                                                           |  |  |  |  |
| PA                                                                                                                                                                         |     | 422/60    | 119/63 |     |                                                           |  |  |  |  |
| FC                                                                                                                                                                         |     | 79        | 81     |     |                                                           |  |  |  |  |
| Tax                                                                                                                                                                        |     | 36,6°C    | 36,9°C |     |                                                           |  |  |  |  |
| FR                                                                                                                                                                         |     | 20        | 20     |     |                                                           |  |  |  |  |
| Evacuação                                                                                                                                                                  |     | -         | -      |     |                                                           |  |  |  |  |
| Diurese                                                                                                                                                                    |     | +         | +      |     |                                                           |  |  |  |  |
| Dextro                                                                                                                                                                     |     | TE: 100mg |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| Insulina Regular                                                                                                                                                           |     | 100mg     | 100mg  |     |                                                           |  |  |  |  |
| SNG                                                                                                                                                                        |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |
| L. eno                                                                                                                                                                     |     |           |        |     |                                                           |  |  |  |  |







**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDICA**

| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                   | LT: 01  | DN:    | DI/HCR: |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                            |         |        |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                            |         |        |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                 | HORÁRIO |        |         |
| 25/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                        | 14      | MANEJO |         |
|                                      | 2. AVP                                                     |         |        |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                    |         |        |         |
|                                      | 4. CEFEPIME 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                     |         |        |         |
| D1                                   | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H              |         |        |         |
| D1                                   | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H                                     |         |        |         |
|                                      | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                    |         |        |         |
|                                      | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                            |         |        |         |
|                                      | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                 |         |        |         |
|                                      | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 |         |        |         |
|                                      | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                          |         |        |         |
|                                      | 12. NORPUPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA |         |        |         |
|                                      | 13. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg      |         |        |         |
|                                      | 14. CURATIVO DIÁRIO                                        |         |        |         |
|                                      | 15. CCGG + SSVV                                            |         |        |         |
|                                      | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                    |         |        |         |

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DISTÚRIA E QUADRO DE FEBRE, NO DIA DA CIRURGIA, FOI DELETADO PÓS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE, SENDO REALIZADO APENAS LIMPEZA, INICIADO ATR CONFORTE ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA, EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

CB:  
SUPPORTO CLINICO MANTIVO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI     |

GH 50% 40 ml EY, em *bolus*, se Glicemia < 70 mg/dL

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h | 11h    | 17h | 23h    |
|------------------|-----|--------|-----|--------|
| PA               |     | 124x75 |     | 110x80 |
| FC               |     | 95     |     | 69     |
| Tax              |     | 36.4   |     | 75.6   |
| FR               |     |        |     | ✓      |
| Exatunacho       | +   | +      | +   | +      |
| Diurese          | ++  |        |     | ++     |
| Dextro           |     |        |     |        |
| Insulina Regular |     |        |     |        |
| SNG              |     |        |     |        |

*Plumbaria waltiana* <sup>Good.</sup>  
If any more. 4071, road 3000 SSVU  
valleys of horizon.

*[Handwritten signature]*

22/11/2022, Vali go de  
Au p: com buche, 1  
22/11/2022

066-PA: 100x60  
p: 84

# Rallapala medication di  
Horsio conference  
medica, 4. quae internal e ad  
cuidado, deo anferiam #  
# Hivatalan Alencar #



PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                      |        |         |         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|--------|---------|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 13                                              | LT: 01 | DN:     | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVACCANTE BARBOSA |                                                      |        |         |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E INFECÇÃO      |                                                      |        |         |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                           |        | HORÁRIO |         |
| 27/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                  |        | SND     |         |
|                                      | 2. AVP                                               |        | Mantem  |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                              |        | ACM     |         |
| D2                                   | 4. CEFEPIM 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                |        | 16:00   |         |
| D2                                   | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H        |        | 16:00   |         |
|                                      | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H                               |        | 16:00   |         |
|                                      | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                           |        | SN      |         |
|                                      | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                      |        | 16:00   |         |
|                                      | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                           |        | 16:00   |         |
|                                      | 10. CLEXAN 10MG SC 1X DIA                            |        | 16:00   |         |
|                                      | 11. DEXCLOTRINAMINA 20MG VO 8/8H C/ paciente         |        | 16:00   |         |
|                                      | 12. NORIPURIM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA    |        | 16:00   |         |
|                                      | SEXTA                                                |        | 16:00   |         |
|                                      | 13. Captopril 1mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg |        | 16:00   |         |
|                                      | 14. CURATIVO DIÁRIO                                  |        | 16:00   |         |
|                                      | 15. CCGG + SSVV                                      |        | 16:00   |         |
|                                      | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                              |        | 16:00   |         |

07-13h - Paciente no leito, L.O.T.E., admi. vitais e med. regis.  
C.B.M., diurese presente. Seguir orientações de enfermagem.  
R. Rec. enf. Rep

Renata Vasconcelos  
Kerley S. Vasconcelos  
C. de Enfermagem  
REN-RR 1.248.388

PACIENTE GABRIEL CAVACCANTE BARBOSA, 13 ANOS, BRANCO, CATÓLICO, EM USO DE ORTESE DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, TRONDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO. PACIENTE REFERE DISTÚRIA E QUADRO DE INFECÇÃO. PACIENTE FOI DETECTADO PUS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INFECCIONADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA SEM ALTERAÇÕES.

CD: 1421  
SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Aje 00:00        | 301 - 350: 06 UI                |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI                |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|-----|--------|--------|
| PA               | 138x76 |     | 92x60  | 110x60 |
| FC               | 94     |     | 96     | 86     |
| Tax Temp         | 36,6°C |     | 36,3°C | 36,2°C |
| FR               |        |     |        |        |
| Evacuação        |        |     |        |        |
| Diurese          | +      |     |        |        |
| Dextro           |        |     |        |        |
| Insulina Regular |        |     |        |        |
| SNG              |        |     |        |        |

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Gabriel Cavalcante

Leito: 113-1

Data: 28/08/2019

|                                        |                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                                            |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                            |                                                                                                                                          | Região: MI E                                                                                                               |                                                                                                                                          | Região: MI E                                                                                                               |
| Etiologia                              | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                         | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                         |
| Aparência do Leito                     | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                 | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros   | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                 | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros   |
| Pele Periférica                        | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                         | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                         |
| Tipo de Exsudato                       | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                     | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                     |
| Quantidade e Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                           | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                           | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                             |
| Solução de Limpeza                     | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%               | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%               | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% |
| Cobertura primária                     | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                   | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                     | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                   | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) 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 | Rozângela Menezes Degade<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RR 628.703                                                                       | Rozângela Menezes Degade<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RR 628.703                                                         | Rozângela Menezes Degade<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RR 628.703                                                                       | Rozângela Menezes Degade<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RR 628.703                                                         |
| Observações                            | Realizado curativo de tração, amarelo, com secreção e limpa e com 50% de cicatrização.                                                   | Realizado curativo de tração, amarelo, com secreção e limpa e com 50% de cicatrização.                                     | Realizado curativo de tração, amarelo, com secreção e limpa e com 50% de cicatrização.                                                   | Realizado curativo de tração, amarelo, com secreção e limpa e com 50% de cicatrização.                                     |

PROJUDI

Berenice Sônia Cortes  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 387.172

PROJUDI

Berenice Sônia Cortes  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 387.172







## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                           |                                                                                                                                          |                    |                                                                                   |                    |                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas -<br>HGR |                                                                                                                                          | Protocolo nº 1     | Versão: 08                                                                        | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018                                                                                                                      |
| Paciente: Gabriel P. Barbosa                              |                                                                                                                                          | Data: 28/08/15     |                                                                                   |                    |                                                                                                                                          |
| Leito: 413-1                                              |                                                                                                                                          |                    |                                                                                   |                    |                                                                                                                                          |
| Localização:                                              |                                                       | Região: M.E.       |  | Região: M.E.       |                                                                                                                                          |
| Etiologia                                                 | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II (X) |  | Grau: I (X) II ( ) | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Aparência de Leito                                        | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                 |                    |  |                    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                 |
| Pele Perilesional                                         | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                       |                    |  |                    | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                       |
| Tipo de Exsudato                                          | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                     |                    |  |                    | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                     |
| Quantidade de Exsudato                                    | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                           |                    |  |                    | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                           |
| Solução de Limpeza                                        | (X) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                              |                    |  |                    | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                              |
| Cobertura primária                                        | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                   |                    |  |                    | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                   |
| Troca                                                     | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                          |                    |  |                    | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                          |
| Profissional que realizou procedimento                    | Larissa Alves Mota<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-PR 0257.028-76                                                                      |                    |  |                    | Vanessa da Silva Mota<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-PR 0257.028-76                                                                   |
| Observações:                                              |                                                                                                                                          |                    |  |                    |                                                                                                                                          |



## PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO

## CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

## ALERGICO Á VANCOMICINA

| SETOR: PAAR                                | ENF: 113                                                  | LT: 01   | DN: | DI/HGR: |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|-----|---------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA       |                                                           |          |     |         |
| HD: PLANTURA DE FÊMUR E + OSTEOMILITE ???? |                                                           |          |     |         |
| DATA/HORA                                  | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO  |     |         |
| 28/08/2019                                 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                       | SUSP     |     |         |
|                                            | 2. AVP                                                    | 2000 200 |     |         |
| D4                                         | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | A 1      |     |         |
| D4                                         | 4. CEFEPIME 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                    | 20 20    |     |         |
|                                            | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 500ML EV 8/8H             | 20 20    |     |         |
|                                            | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H                                    | 20 20    |     |         |
|                                            | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                                | 20 20    |     |         |
|                                            | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | 20 20    |     |         |
|                                            | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                | 20 20    |     |         |
|                                            | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                | 20 20    |     |         |
|                                            | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                         | 20 20    |     |         |
|                                            | 12. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | 20 20    |     |         |
|                                            | 13. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     | 20 20    |     |         |
|                                            | 14. CURATIVO DIÁRIO                                       | 20 20    |     |         |
|                                            | 15. CCGG + SSVV                                           | 20 20    |     |         |
|                                            | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | 20 20    |     |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUANDO REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE QUADRO DE FEBRE, NO DIA DA CIRURGIA NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SEM LIMPEZA, INICIADO ATB CONFORME INFECTOLOGIA, EXAMES SEM ALTERAÇÕES. | EVOLUINDO COM NA DE DIARREIA, DE ACORDO COM A REFERE DISURIA E FOI DETECTADO PUS REALIZADA APENAS ORIENTAÇÃO DA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

GH 50% 40 ml EV, em *bolus*, se glicemia <

## SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h | 11h      | 17h      | 23h       |
|------------------|-----|----------|----------|-----------|
| PA               | 100 | 120 x 74 | 100 x 70 | 117 x 71  |
| FC               | 55  | 99       | 100      | 51        |
| Tax              | 35  | 35       | 6.6      | 5.5       |
| FR               |     |          |          |           |
| Evacuação        |     | +        | -        |           |
| Diurésē          |     | +        | +        | 5.5 x 100 |
| Dextro           |     |          |          |           |
| Insulina Regular |     |          |          |           |
| SNG              |     |          |          |           |
| Dreno            |     |          |          |           |

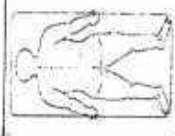
[illegible]



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Data: <b>28.8.19</b>                                                                                                                                        | Enfermeiro: <b>113</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Letor: <b>3</b>                                                             |
| Nome Completo: <b>Gabriel Cavalcante Brito</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DN: <b>09/09/03</b>                                                                                                                                         | Sexo: <b>M</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M |
| Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Isolamento da Prescrição: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perigosos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qual (is):                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Qual idioma:                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Obs:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Acamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpado <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso<br><input checked="" type="checkbox"/> Pulso cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico<br>BC: <b>120x80mmHg</b><br>PA: <b>120x80mmHg</b><br>Pulso: <b>88bpm</b>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |
| <b>PUPILAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagente <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriáticas<br><input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Adequação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Fígado: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente |                                                                             |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotérmico <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertermico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Não febre<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia <b>36,9°C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                             | <b>REGULAÇÃO HÍDRICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Macio <input checked="" type="checkbox"/> Tímpanico<br>Húmidas Hidroaléicas: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                     |                                                                             |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotóxica <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada<br><input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Adianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                     |                                                                                                                                                             | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uroper.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |
| Região: <b>20 mem</b><br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             | <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Data: <b>26.8.19</b> Trocar em: <b>30.8.19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Sinais de Infecção no sítio da punção:<br>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG<br>Dreno de: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             | Local: <b>MSD</b><br>Local: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT<br>Aspecto da secreção: <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem<br>Data da instalação: <input type="checkbox"/> Quantidade:<br>Tipo: <input type="checkbox"/> Local:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Quedas<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br><input checked="" type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input checked="" type="checkbox"/> Comunicação deficiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| <b>Escala de Morse</b><br>1. Histórico de Queda: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 25<br>2. Diagnóstico Secundário: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 15<br>3. Auxílio na Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 15<br>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 20<br>5. Marcha/Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Normal/Sem deambulação/Acamado 0 <input type="checkbox"/> Fraca 10<br><input checked="" type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante 10<br>6. Estado Mental: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta 0 <input type="checkbox"/> Não 10 |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
| Muleta/Bengala/Ambulador: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 10<br>Mobilidade Paredes: <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 <input type="checkbox"/> Sim 10<br><b>TOTAL: 35</b> Risco Baixo: 0-24 Risco Médio: 25-44 Risco Alto: maior que 44<br>Prescrição para prevenção de queda no verso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                        |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR                                                                                     | Protocolo nº 1                                                    | Versão: 08                                                                        | Elaborada: 02/2018                                                                                                     | Atualizada: 12/2018 |
| Paciente: Gabriel Paraleante Barbosa                                                |                                                                                                                                         | Data: 29/08/19                                                    |                                                                                   |                                                                                                                        |                     |
| Localização                                                                         |                                                      | Região: MLE                                                       |  | Região: MLE                                                                                                            |                     |
| Etiologia                                                                           | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: | Grau: I (X) II ( )                                                |                                                                                   | Grau: I ( ) II (X)                                                                                                     |                     |
| Aparência do Leito                                                                  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação (X) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:                  |                                                                   |                                                                                   | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros: |                     |
| Pele Periférica                                                                     | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:                                                                         |                                                                   |                                                                                   | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:                                                        |                     |
| Tipo de Exsudato                                                                    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:                                                       |                                                                   |                                                                                   | ( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:                                      |                     |
| Quantidade de Exsudato                                                              | ( ) Molhado ( ) Úmido (X) 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                                                                  | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) 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                                              | Maria de Rêgina N. Viana<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-PA 448.709                                                                   | Mônica Reis Barros<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-PA 000000000 |                                                                                   | Suziylene Moreira<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PA 000000000                                                      |                     |
| Observações:                                                                        |                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                        |                     |

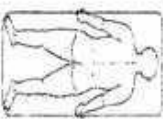
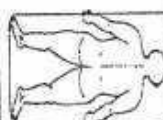


| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bloco: A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Data: 29/08/2019                                                                                                                                                         |
| Enfermeira: 113                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Leito: 04                                                                                                                                                                |
| Nome Completo: Gabriel Gonçalves Brito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          |
| Data de Nascimento: 09/09/2001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |
| Qual(is):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| Necessidade de interpretação? ( ) Sim (X) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |
| Obs:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
| Possui acompanhante? (X) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
| Dormitório: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |
| SISTEMA NEUROLÓGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                          |
| (X) Consciente ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Pseudo Chelo (X) Pulso Cheilo (X) Rítmico ( ) Irregular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Pseudo Chelo (X) Pulso Cheilo (X) Rítmico ( ) Irregular                                                                  |
| PUPILAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |
| (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríaticas ( ) Miotóxicas ( ) Miotóxicas ( ) Miotóxicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríaticas ( ) Miotóxicas ( ) Miotóxicas ( ) Miotóxicas                                                                             |
| REGULAÇÃO TÉRMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
| (X) Afebril ( ) Febril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febril                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (X) Afebril ( ) Febril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febril                                                                                            |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |
| (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Ressecada ( ) Ressecada ( ) Ressecada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Ressecada ( ) Ressecada ( ) Ressecada                                                                                    |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
| (X) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (X) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia                                                                             |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| (X) Risco de Lesão por Pressão ( ) Risco de Quedas ( ) Risco de Broncoaspiração ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Risco de contaminação ( ) Comunicação deficiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (X) Risco de Lesão por Pressão ( ) Risco de Quedas ( ) Risco de Broncoaspiração ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Risco de contaminação ( ) Comunicação deficiente |
| Escala de Morse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |
| 1. Histórico de Queda (X) 0 ( ) 25 ( ) 20 ( ) 15 ( ) 10 ( ) 5 ( ) 0 ( ) 2. Diagnóstico Secundário (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 3. Auxílio na Deambulação (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 4. Terapias Endovenosa/dispositivo salinizado (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 5. Marcha/Deambulação (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 6. Estado Mental (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 7. Orientação/limitado/conhece as limitações (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 8. Superestima capacidade/esquece limitações (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 9. Risco Baixo: 0-24 (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 10. Risco Médio: 25-44 (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) 11. Risco Alto: maior que 45 (X) 0 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( ) 30 ( ) 35 ( ) 40 ( ) 45 ( ) 50 ( ) 55 ( ) 60 ( ) 65 ( ) 70 ( ) 75 ( ) 80 ( ) 85 ( ) 90 ( ) 95 ( ) 100 ( ) |                                                                                                                                                                          |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |              |                              |  |            |  |                    |                |                     |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------|--|------------|--|--------------------|----------------|---------------------|--|--|
|  | Núcleo de Enfermagem em |              | Protocolo nº 1               |  | Versão: 08 |  | Elaborada: 02/2013 |                | Atualizada: 12/2018 |  |  |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - |              | Paciente: GABRIEL CAVALCANTE |  |            |  |                    |                |                     |  |  |
| HGR                                                                                 |                         | Leito: 113-1 |                              |  |            |  |                    | Data: 30/08/15 |                     |  |  |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização:                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Região: <u>M/E</u>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Etiologia                              | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | <input type="checkbox"/> LPP <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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| Aparência do Leito                     | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tipo de Exsudato                       | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><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 type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                             |
| Troca                                  | <input type="checkbox"/> 11/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 11/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Profissional que realizou procedimento | Bruno S. Pereira<br>Técnico de Enfermagem<br>TCC: 06/08/2018<br>COREN-RR 418.356                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Brilhiana do Nascimento<br>Enfermeira<br>TCC: 06/08/2018<br>COREN-RR 387.172               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Observações                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**  
**ALERGICO Á VANCOMICINA**

|                                           |                                                           |        |            |         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|------------|---------|
| SETOR: PAAR                               | ENF: 113                                                  | LT: 01 | DN:        | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA      |                                                           |        |            |         |
| HD: FRATURA DE FEMUR E + OSTEOMILITE ???? |                                                           |        |            |         |
| DATA/HORA                                 | PRESCRIÇÃO                                                |        | HORÁRIO    |         |
| 30/08/2019                                | 1. DIETA ORAL LIVRE                                       |        | SND        |         |
|                                           | 2. AMP                                                    |        |            |         |
| D5                                        | 3. SF 0,9% 500MLEV ACM                                    |        | ACM        |         |
| D5                                        | 4. CEFEPIME 1G + SF 0,9% 100ML EV 8/8H                    |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 5. CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H             |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6H                                    |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 7. TRAMAL 100MG EV 8/8HS/N                                |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 8. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 9. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                                |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 11. DEXCLOFENIRAMINA 20MG VO 8/8H                         |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 12. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 13. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 14. CURATIVO DIÁRIO                                       |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 15. CCGG + SSVV                                           |        | 08/08/2019 |         |
|                                           | 16. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |        | 08/08/2019 |         |

novos exames  
venenosos km.  
Tia Alice.  
30/08/19

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUIA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISURIA E QUADRO DE FEBRE. NO DIA DA CIRURGIA, FOI DETECTADO PUS NA PERNA ESQUERDA DO PACIENTE SENDO REALIZADA APENAS LIMPEZA. INICIADO ATB CONFORME ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA. EXAMES SEM ALTERAÇÕES.

CD: SOLICITO USG DE COXA ESQUERDA  
SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |          |        |        |          |
|---------------------------------------------------|----------|--------|--------|----------|
| Até 200: 0                                        |          |        |        |          |
| 201 – 250: 02 UI                                  |          |        |        |          |
| 251 – 300: 04 UI                                  |          |        |        |          |
| > 401: 10 UI <i>Chamar Pluriônica</i>             |          |        |        |          |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |          |        |        |          |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |          |        |        |          |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |          |        |        |          |
| Horário                                           | 06h      | 11h    | 17h    | 23h      |
| PA                                                | 60/70    | 140/72 | 119x72 | 60x70    |
| FC                                                | 85       | 95     | 91     | 72       |
| Tax                                               | 36,5     | 35,5   | 36     | 36,5     |
| FR                                                | 19       | 20     |        | 22       |
| Evacuado                                          | ausente  | +      |        | ausente  |
| Drese                                             | presente | +      |        | presente |
| Dextro                                            | —        | —      |        | —        |
| Insulina Regular                                  | —        | —      |        | —        |
| SNG                                               | —        | —      |        | —        |
| Dreno                                             | —        | —      |        | —        |



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

Bloco: **A** Data: **30.8.19** Enfermeira: **113** Leito: **1**

Nome Completo: **Gabriel Cavalcante** DN: **9/9/01** Sexo: **( ) F (x) M**

Hipótese Diagnóstica: **Vancomicina**

Medicamento ou Prevenção: **(x) Sim ( ) Não** Qual (is): **Vancomicina** Irrigação contínua: **( ) Uropen**

Alergia: **(x) Sim ( ) Não** Qual Idioma: **( ) Inglês ( ) Francês ( ) Espanhol ( ) Português**

Necessidade de Interpretar? **(x) Sim ( ) Não** Qual Idioma: **( ) Inglês ( ) Francês ( ) Espanhol ( ) Português**

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

Deambulação: **( ) Normal ( ) Sem deambulação (x) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante**

**SISTEMA NEURÓLOGICO**

**(x) Consciente (x) Orientado ( ) Desorientado**

**( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso**

**( ) Agitado (x) Reage a estímulos ( ) Não reage**

**PUPILAS**

**(x) Fotorreagente ( ) Mídriáticas ( ) Midríatica**

**(x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes**

**REGULAÇÃO TÉRMICA**

**(x) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico**

**( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia**

**( ) Hiperpirexia**

**CARDIOVASCULAR**

**(x) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico**

**(x) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso**

**(x) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico**

**BCI: 88 bpm PA: 120x85 mmHg Pulso: 88**

**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

**(x) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT**

**Aceleração da dieta: (x) Sim ( ) Não ( ) Parcial**

**Evacuações: (x) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia**

**(x) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena**

**Flatos: (x) Presente ( ) Ausente**

**REGULAÇÃO ABDOMINAL**

**(x) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido**

**( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico**

**Ruidos Hidroaéreos: (x) Presente ( ) Ausente**

**Visceromegalias: ( ) Sim (x) Não FO: ( ) Sim ( ) Não**

**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**

**(x) Espontânea ( ) SVO ( ) Anúria ( ) Oligúria**

**( ) Polúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria**

**( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen**

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

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

**Oxigenoterapia ( ) Sim (x) Não Qual: **MSD****

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

**Cateter Periférico: (x) Sim ( ) Não Local: **MSD** Data: **30/08/19** Trocar em: **30/08/19****

**Cateter Central: ( ) Sim (x) Não Local: **MSD** Curativo realizado em: **30/08/19** Trocar em: **30/08/19****

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

**Sondas: ( ) Sim (x) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem**

**Dreno de: **MSD** Aspecto da secreção: **MSD** Quantidade: **MSD****

**Cateter Vesical: ( ) Sim (x) Não Data da Instalação: **MSD** Trocar em: **MSD****

**Prótese: ( ) Sim (x) Não Tipo: **MSD** Local: **MSD****

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

**( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz (x) Risco de Lesão por Pressão**

**(x) Risco de Infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Quedas**

**( ) Risco de nutrição desequilibrada (x) Mobilidade física prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração**

**( ) Risco de glicemia instável (x) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada**

**( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Risco de constipação**

**( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Comunicação deficiente**

**Escala de Morse**

**1. Histórico de Queda**

**Não 0 Sim 25**

**4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado**

**Não 0 Sim 20**

**2. Diagnóstico Secundário**

**Não 0 Sim 15**

**5. Marcha/Deambulação**

**Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20**

**3. Auxílio na Deambulação**

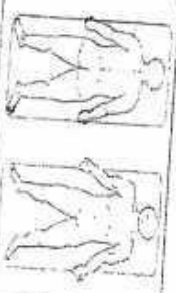
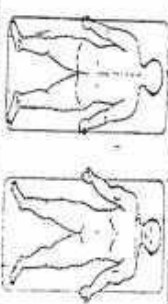
**Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30**

**6. Estado Mental**

**Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15**

**TOTAL: 20 Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45**

**Prescrição para prevenção de queda no verso**

| EVOLUÇÃO DO CURATIVO                   |                                                                                                                                                                                                | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas                         |                                                | Protocolo nº 1                                                                       |         | Versão: 08         |  | Elaborada: 2013 |  | Atualizada: 12/2018 |  |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|--|-----------------|--|---------------------|--|
| HGR                                    |                                                                                                                                                                                                | Paciente: Gabriel Lourencote Barbosa.                                 |                                                | Leito: 113.1                                                                         |         | Data: 31/08/2019   |  |                 |  |                     |  |
| Localização                            |                                                                                                             | Região: M.E.                                                          | Grav: I ( ) II (X)                             |  | Região: | Grav: I ( ) II ( ) |  |                 |  |                     |  |
| Etiologia                              | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:                                                       |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Aparência ( )                          | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Pele Periférica                        | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                                              |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Tipo de Exsudato                       | (X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Quantidade e Exsudato                  | (X) Soro fisiológico 0.9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: ( ) 12/12                                |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Cobertura primária                     | (X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Troca                                  | (X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Profissional que realizou procedimento | Belina Paula Rodrigues<br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/PR 934.031                                                                                                                               | Atu. Ombito da Silva Garcia<br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/PR 834.022 | Renata Silva Rodrigues<br>COREN/PR 415772 - AE |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |
| Observações:                           |                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                |                                                                                      |         |                    |  |                 |  |                     |  |





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Data: <b>27/08/2019</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nome Completo: <b>Gabriel Cavalcante Barbosa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Enfermeiro: <b>JJ3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Lettor: <b>01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Isolamento ou Precaução: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Qual(is): <b>Vancomicina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Qual idioma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Obs:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso<br><input checked="" type="checkbox"/> Pulso cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas<br><input type="checkbox"/> Midríicas <input type="checkbox"/> Midríicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG<br><input checked="" type="checkbox"/> Alimentação de dieta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br><input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br><input type="checkbox"/> Fartos <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Prax's                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Timpânico<br><input type="checkbox"/> Pálidos Hidroaéreos <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                   |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Região: |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico<br><input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <b>MSD</b> Data: <b>26/08/19</b> Trocar em:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: Trocar em:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Sinais de Infecção no site de punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Data da instalação: Trocar em:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: Local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br><input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão<br><input type="checkbox"/> Risco de Quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 1. Histórico de Queda<br>Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado<br>Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 2. Mudanças de Posição<br>Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 5. Marcha/Deambulação<br>Normal <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 3. Auxílio na Deambulação<br>Nenhum/Acamado/Auxiliado <input checked="" type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador <input type="checkbox"/> Mobilidade Paralela <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 6. Estado Mental<br>Orientado <input type="checkbox"/> Limitado, com necessidade de limitações <input type="checkbox"/> Superficialmente confuso, com limitações <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Total: <b>35</b> Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Prescrição para prevenção de queda no ventro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Gabriel Loralente

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M(☒) F( ☐ ) Leito: 113-1 Diagnóstico: Fratura de fêmur + HTA

21/08/2021

MANHÃ

Paciente no leito, desperto, em equilíbrio e em ambiente  
em HTA. mantendo diagnóstico. Submetido a fisioterapia  
motora + orientações

Profissional:  
R. Fonseca  
Fisioterapeuta (EOM)  
CRM: 35.555-8

TARDE

Profissional:

26/08/2021

MANHÃ

Paciente no leito, desperto, em equilíbrio e em ambiente  
mantendo diagnóstico. Submetido a fisioterapia motora +  
orientações

Profissional:  
R. Fonseca  
Fisioterapeuta (EOM)  
CRM: 35.555-8

27/08/2021

Paciente no leito, desperto, em equilíbrio e em ambiente  
mantendo diagnóstico. Submetido a fisioterapia motora +  
orientações

Profissional: Cristina  
35395-8



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Gabriel Leal Costa

Idade: --- Sexo: M(☒) F( ☐ ) Leito: 113-1 Diagnóstico: ---

30/08/2020

MANHÃ

Paciente no leito, não fala, não entende o que está sendo dito, não responde perguntas, não sabe ler e escrever. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional: crebto: 95335-8

01/09/2020

(manhã)

Paciente no leito, desorientado, não fala, não entende o que está sendo dito, não responde perguntas, não sabe ler e escrever. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional:

02/09/2020

MANHÃ

Paciente no leito, desorientado, não fala, não entende o que está sendo dito, não responde perguntas, não sabe ler e escrever. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional: crebto: 95335-8

04/09/2020

(manhã)

Paciente no leito, desorientado, não fala, não entende o que está sendo dito, não responde perguntas, não sabe ler e escrever. Submetido a fisioterapia motora.

Profissional:





ALTA - 01/10/19

BLOCO A'

Sistema  
União de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

INTERVENÇÃO DE SAÚDE

Nome do Paciente

Gabriel Cavalcante Barbosa

7 000 041 998 8 13 06

DATA DE NASCIMENTO  
09/09/2001

175297

Vilmar Pereira Cavalcante

R. Linho Fiu - 289 - Jockey Club

Boa Vista

22

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com febre de origem (E)  
+ Infecção de partes moles (coxa (E))

As causas

Exame físico  
Febre de origem

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

Dra. Hevelin Aline Costa  
Médica  
CRM-RR 1983

09/09/19

Dra. Hevelin Aline Costa  
Médica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

0308010019  
5727 T068  
u 499

até 24.9



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Gabriel Cavalcanti ANOS, 113  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/09/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fx fêmur (E) (transcorticária)  
NO DIA 24/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE osteotomia da fêmur (E) SENDO  
OPERADO PELO DR. Vitor Henrique DR. Roberto  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/10/19 ÀS 10:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 01/10/19 ÀS 7:00 COM O  
DR. Vitor Henrique

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Roberto

BOA VISTA, 01/10/19

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 20284

MÉDICO



113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                          |      |          |               |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|----------|---------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                          |      |          |               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                          |      |          |               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                          |      |          |               |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                          | DIH  | DN       |               |
| PACIENTE                             | Gabriel Cavalcanti                                       |      |          |               |
| AGNÓSTICO                            | Lx traumática e supracondílica                           |      |          |               |
| ALERGIAS                             | HAS                                                      | NEGA | DM2      | NEGA          |
| IDADE                                | LEITO                                                    | DATA | 29/09/19 |               |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                               |      |          | HORARIO       |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |      |          | SMD.          |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |      |          | manter        |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |      |          | SN            |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   |      |          | 18-24-6-12-03 |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                 |      |          | 06            |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |          | SN 20-30-03   |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |          | SN            |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |      |          | 22-6-14       |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |      |          | SN            |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |      |          | 18-24-6-12    |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |      |          | SN            |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |      |          | SN            |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |      |          | Rotina        |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |      |          | curativo      |
| 15                                   | cefepime 2g ev 12/12h                                    |      |          | 20-08         |
| 16                                   |                                                          |      |          |               |
| 17                                   |                                                          |      |          |               |
| 18                                   |                                                          |      |          |               |
| 19                                   |                                                          |      |          |               |
| 20                                   |                                                          |      |          |               |
| 21                                   |                                                          |      |          |               |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Pedro de S. Fausto  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2028

#### SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC  | FR |
|------|--------|-----|----|
| 12 H |        |     |    |
| 18 H |        |     |    |
| 24 H | 130/70 | 110 | 35 |

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06- 120 + 60 ANO

36°C

113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|--------|-----------|-----|----|----|----|--|------|--------|----|----|--------|------|----|----|----|----|------|--|--|--|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          | DIH   | DN    |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          | HAS   | NEGA  | DM2    | NEGA      |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          | LEITO | 113-1 | DATA   | 24/9/2019 |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                               |       |       |        | HORÁRIO   |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |        | SND       |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |       |       |        | MANTENHA  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |       |       |        | 25L       |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |       |       |        | 25L       |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                 |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                    |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |        | SND       |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |        | 06        |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                   |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA:                                                                                                |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>120x66</td> <td>86</td> <td>19</td> <td>35.8°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>CC</td> <td>CC</td> <td>CC</td> <td>CC</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                          |       |       |        |           | 6 H | PA | FC | FR |  | 12 H | 120x66 | 86 | 19 | 35.8°C | 18 H | CC | CC | CC | CC | 24 H |  |  |  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                       | FC    | FR    |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 120x66                                                   | 86    | 19    | 35.8°C |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CC                                                       | CC    | CC    | CC     |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |       |       |        |           |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |    |    |    |    |      |  |  |  |  |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

AS 12:00h Paciente no Leito, feito -  
coleta de Sangue no Período en-  
minado a Agência Transfusional a fim de  
SSVV, segue sem queixas aos -  
cuidados da equipe de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mende



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

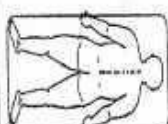
HGR

Paciente:

Gabriel Cavalcante Barbosa

Leito: 113.2

Data: 09/09/2019

|                                         |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                         | Região: <u>pe</u>                                                                                                                                     |                                                                      | Região: <u>pe</u>                                                                                                                                     |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>de</u> Tração <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                    | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>de</u> Tração <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                    |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                    |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                       | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                   |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                            | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                        | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                            | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                        |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:     | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:     | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                    | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                    | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                |
| Troca                                   | ( ) 12/12                                                                                                                                                 | ( ) 48/48h                                                                                                                                            | ( ) 12/12                                                                                                                                                 | ( ) 48/48h                                                                                                                                            |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonildes Vitorino Araújo<br>Técnico em Enfermagem<br>COREN-RR 334.031                                                                                    | Selma Paula F. da Silva<br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 334.031                                                                                     |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |
| Observações:                            |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |

113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                        |       |       |      |            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                        |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                        |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                        |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                        | DIH   | DN    |      |            |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>   |                                                        |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>          |                                                        |       |       |      |            |
| ALERGIAS                             |                                                        | HAS   | NEGA  | DM2  | NEGA       |
| IDADE                                |                                                        | LEITO | 113-1 | DATA | 25/09/2019 |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                             |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |       |      | 5h         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |       |       |      | Marcos     |
| 3                                    | SF 0.9% 500ML EV S/N                                   |       |       |      |            |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |       |       |      |            |
| 5                                    |                                                        |       |       |      |            |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I |       |       |      | 00:00      |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE  |       |       |      | 00:00      |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |       |      | 00:00      |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |       |      | 00:00      |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |       |       |      | 00:00      |
| 11                                   | CEFEPIME 1G EV 12 /12H                                 |       |       |      | 00:00      |
| 12                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                       |       |       |      | 00:00      |
| 13                                   |                                                        |       |       |      |            |
| 14                                   |                                                        |       |       |      |            |
| 15                                   |                                                        |       |       |      |            |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |       |      | 00:00      |
| 17                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |       |      | 00:00      |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |       |      | 00:00      |
| 19                                   |                                                        |       |       |      |            |
| 20                                   |                                                        |       |       |      |            |
| 21                                   |                                                        |       |       |      |            |

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

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

| SINAIS VITAIS |        | 130x90 | 61 | 36.5 | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO              |
|---------------|--------|--------|----|------|----------------------------------------|
| 6 H           | PA     | FC     | FR |      | CRM-RR 2028                            |
| 12 H          | 141x78 | 99     |    | 36.5 | Residente de Ortopedia e Traumatologia |
| 18 H          | 118/78 | 111    |    | 36.4 |                                        |
| 24 H          | 120x70 | 100    |    | 36.1 |                                        |

Plantação maluciosa  
Paciente acordado, realizado  
SSVV e medicação de horário.

Paciente no leito  
queixoso, aferido os  
sinais, feito as  
medicações de horário  
de acordo com a unidade  
de internação.

Alécio P. Campos  
Téc. de Enfermagem  
CRM-RR 2028



113 - Lucineide A. Lima  
em Enfermagem

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                          |       |      |            |             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|------|------------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                          |       |      |            |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                          |       |      |            |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                          |       |      |            |             |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                          | DIH   | DN   |            |             |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>   |                                                          |       |      |            |             |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>          |                                                          |       |      |            |             |
| ALERGIAS                             | HAS                                                      | NEGA  | DM2  | NEGA       |             |
| IDADE                                | LEITO                                                    | 113-1 | DATA | 26/09/2019 |             |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                               |       |      |            | HORÁRIO     |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |      |            | Sua         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |       |      |            | 11/09/2019  |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |       |      |            | 7h 14h      |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                |       |      |            | 21 06:30h   |
| 5                                    |                                                          |       |      |            |             |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |       |      |            | 1h          |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |       |      |            | 3h          |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |       |      |            | 08h         |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |       |      |            | 14h 21h 06h |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |       |      |            | 08h 20h     |
| 11                                   | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                    |       |      |            | 12 18 24 06 |
| 12                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |       |      |            | RETENÇÃO    |
| 13                                   | Ator 500mg                                               |       |      |            |             |
| 14                                   |                                                          |       |      |            |             |
| 15                                   |                                                          |       |      |            |             |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |      |            | 2h          |
| 17                                   | SSV + CCGG 6/6 H                                         |       |      |            | 10h         |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |      |            | crem        |
| 19                                   |                                                          |       |      |            |             |
| 20                                   |                                                          |       |      |            |             |
| 21                                   |                                                          |       |      |            |             |

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

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

| SINAIS VITAIS |        |    |      |
|---------------|--------|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR   |
| 12 H          | 105x66 | 76 | 35.6 |
| 18 H          | 106x70 | 78 | 36   |
| 24 H          | 100x60 | 98 |      |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

07-13h - Paciente acordado, h.o.r.e., higienizado, administrado medicações c.p.m, às 11h refeição da manhã, administrado o item 6. Às 12h refeição de SVD com 200ml de diurese. Seguiu as orientações da equipe. Tcc. Enf. Kenany  
coren-rr  
124 8368



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

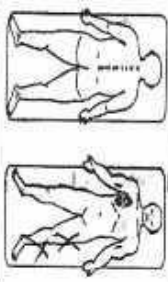
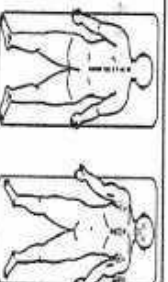
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Gabriel G. Barbosa

Leito: 113-1

Data: 26/09/19

|                                         |                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                       |               |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Localização                             |                                                                                                              | Região: M.J.E |  | Região: M.J.E |
| Etiologia                               | Grau: I ( ) II (X) 2<br>( ) LPP I II III IV 2* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro:                        |               |                                                                                       |               |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros<br>( ) Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:  |               |                                                                                       |               |
| Pele Perilesional                       | ( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                             |               |                                                                                       |               |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                   |               |                                                                                       |               |
| Solução de Limpeza                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                          |               |                                                                                       |               |
| Cobertura primária                      | (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                           |               |                                                                                       |               |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                 |               |                                                                                       |               |
| Profissional que realizou procedimento: | Juiziane Gomes de Lima<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 55905<br>Rosângela de Fátima<br>Enfermeira<br>COREN-RR 55905<br>Francieleide C. Alercio<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 55905 |               |                                                                                       |               |
| Observações:                            | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                       |               |                                                                                       |               |



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------|--------------|------|-------------------|-----|----|----|----|------|---------------|------------|--|------|---------------|------------|--|------|--|--|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  | DIH        | DN           |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| PACIENTE <b>GABRIEL CAVALCANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  | HAS        | NEGA         | DM2  | NEGA              |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  | LEITO      | <b>113-1</b> | DATA | <b>29/09/2019</b> |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                                       |            |              |      | HORÁRIO           |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                                 |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                         |            |              |      | <i>1x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                             |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                        |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN          |            |              |      | <i>5x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <del>NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA OITIM</del> |            |              |      | <i>5x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                          |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                                  |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                            |            |              |      | <i>3x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CEFEPIME 1G EV 12/12H                                            |            |              |      | <i>10</i>         |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                                 |            |              |      | <i>12</i>         |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG              |            |              |      | <i>5x/d</i>       |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                                |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br>DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                     |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br>#ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br>#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br>#SOLICITADO:<br>#CONDUTA: MANTIDA<br>#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br>#PREVISÃO DE ALTA:<br><b>OGA - 110x60 - P.101</b>                                                       |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td><i>124/55</i></td> <td><i>103</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td><i>121/85</i></td> <td><i>108</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                  |            |              |      |                   | 6 H | PA | FC | FR | 12 H | <i>124/55</i> | <i>103</i> |  | 18 H | <i>121/85</i> | <i>108</i> |  | 24 H |  |  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                               | FC         | FR           |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>124/55</i>                                                    | <i>103</i> |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>121/85</i>                                                    | <i>108</i> |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| <b>Dr. Fernando Rezende</b><br>Médico<br>CRM-RR 2007                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |
| <b>Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO</b><br>CRM-RR 2028<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |            |              |      |                   |     |    |    |    |      |               |            |  |      |               |            |  |      |  |  |  |

paciente com queixas, SSVV mantido no período  
Admin. med. de paracetamol 3g EV + Tramal 50mg VO  
**Lucineide A. L.**  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 866.340 TF



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Ferida

HGR

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Gabriel Cavalcante Bonfante

Leito: 1134

Data: 26/07/19

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Região: M. I. E                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Região: M. I. E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Etiologia              | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: F.O.<br><input type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia                                                             | Grau: I ( ) II (x) 2<br><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                                                                                    | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*<br><input type="checkbox"/> Trauma: Tração<br><input type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia<br><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*<br><input type="checkbox"/> Trauma: Tração<br><input type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia<br><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros |
| Aparência do Leito     | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Purulento ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                  | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: A.G.F. | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: A.G.F. | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                   | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    |
| Procedimento:          | <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: A.G.F.                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                   | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    |
| Observeções:           | Maria de Fátima N. Viana<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 443.709                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |       |       |      |               |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |       |       |      |               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |       |       |      |               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |       |       |      |               |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH   |       | DN   |               |
| PACIENTE GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA  |                                                         |       |       |      |               |
| AGNÓSTICO FX FEMUR E                 |                                                         |       |       |      |               |
| ALERGIAS                             |                                                         | HAS   | NEGA  | DM2  | NEGA          |
| IDADE                                |                                                         | LEITO | 113-1 | DATA | 27/07/2019    |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |       |       |      | HORÁRIO       |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |       |      | SN            |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |       |      | monter        |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                 |       |       |      | 18 06         |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |       |       |      | SN 9 18 24 48 |
| 5                                    |                                                         |       |       |      |               |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |       |      | SN            |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |       |      | Almeida       |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |       |      | 06            |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |       |      | SN            |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |       |      | 14 22 06      |
| 11                                   | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                  |       |       |      | 18            |
| 12                                   | SUCRALATO FEMUR 1X ALMO 12/12H                          |       |       |      | 18            |
| 13                                   | SF 0,9% 500ML EV AGORA                                  |       |       |      | 16            |
| 14                                   | NORFLOXACINA                                            |       |       |      | 18            |
| 15                                   |                                                         |       |       |      |               |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |       |      | SN            |
| 17                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |       |      | monter        |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |       |      | monter        |
| 19                                   |                                                         |       |       |      |               |
| 20                                   |                                                         |       |       |      |               |
| 21                                   |                                                         |       |       |      |               |

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

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

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA       | FC  | FR | T    |
|------|----------|-----|----|------|
| 12 H | 109/61   | 119 |    |      |
| 18 H | 112/65   | 115 |    | 39°  |
| 24 H | 125 X 80 | 118 |    | 37,5 |
| 664  | 155 X 55 | 78  |    | 35,8 |

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1759 TSC 14272

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

10hs PA = 112 x 67 mmHg  
P = 115 bpm

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

113-1

|                                      |                                                       |                     |     |          |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|-----|----------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: <del>1000</del>                                  | LT: <del>1000</del> | DN: | D/HGR:   |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                       |                     |     |          |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + ITU?        |                                                       |                     |     |          |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                            |                     |     | HORÁRIO  |
| 28/07/2019                           | 1. DIETA ORAL PARA DM                                 |                     |     | 5h00     |
|                                      | 2. AVP                                                |                     |     | após     |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                               |                     |     | ACM      |
|                                      | 4. LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X DIA                      |                     |     | 16:00    |
|                                      | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                            |                     |     | 16:00    |
|                                      | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                               |                     |     | 16:00    |
|                                      | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                       |                     |     | 16:00    |
|                                      | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                            |                     |     | 16:00    |
|                                      | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                             |                     |     | 16:00    |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg |                     |     | 5h00     |
|                                      | 11. DEXTRO DE 6/6H E CORREÇÃO CONFORME TABELA         |                     |     | 12:00    |
|                                      | 12. CURATIVO DIÁRIO                                   |                     |     | curativo |
|                                      | 13. CCGG + SSVV                                       |                     |     | curativo |
|                                      | 14. 1 CHEV                                            |                     |     | I        |

Dra. Hellen Aline Costa  
Médica  
CRM-RR 1983

Planta noturna  
Receber as medicações no horário, uti-  
lizar o card de medicação, pois queixar-se  
de dor no local da punção e recebuu 1g de  
Adm. inter. VO. em 14:06h e Adm. 500. SSVV  
Sofia Carvalho  
Téc. em Enfermagem

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR E EVOLUINDO HA 2 DIAS  
FEBRE, VÔMITOS E TAQUICARDIA. HEMOGRAMA  
E LACTATO HB: 7, LEUC: 14.000.  
CD: SOLICITO EAS  
TRANSMITIR ICH EV.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                   |                  |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI |
| 401 - 300: 04 UI                                  | > 401: 40 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h       | 11h    | 17h    | 23h       |
|------------------|-----------|--------|--------|-----------|
| PA               | 134/64    | 146/63 | 143/60 | 103/54    |
| FC               | 123       | 120    | 128    | 124       |
| Tax              | -         | 36,5   | 37,8   | 37,18     |
| FR               |           |        |        |           |
| Evacuado         |           |        |        |           |
| Diurese          |           |        |        |           |
| Dext             | 54 pontos |        |        | 54 pontos |
| Insulina Regular |           |        |        |           |
| SNG              |           |        |        |           |
| Dreno            |           |        |        |           |



OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: 24/09/19

Nº BOLSA: 014190830030

BOLSA: ABO: A+ FATOR RHE: A+

PACIENTE: ABO: A+ FATOR RHE: A+

SINAIS VITAIS:

INICIO: 13:20 h.T. - PA: 109/58 P: 110 FR: 100%  
MEIO (15MIN): 17:35 h.T. - PA: 99/66 P: 109 FR: 100%  
FIM: 17:46 h.T. - PA: 106/69 P: 110 FR: 100%

PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: *Dr. Bruno (R)*

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: *Dr. Bruno (R)*

COREN: 321426

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: 24/09/19

Nº BOLSA: 014190830044

BOLSA: ABO: A+ FATOR RHE: A+

PACIENTE: ABO: A+ FATOR RHE: A+

SINAIS VITAIS:

INICIO: 16:20 h.T. - PA: 131/74 P: 121 FR: 15 SP 200%  
MEIO (15MIN): 16:35 h.T. - PA: 134/75 P: 106 FR: 15 SP 200%  
FIM: 18:13 h.T. - PA: 106/69 P: 117 FR: 100%

PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: *Dr. Bruno (R)*

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: *Dr. Bruno (R)*

COREN: 321426

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: 24/09/19

Nº BOLSA: 014190830007

BOLSA: ABO: A+ FATOR RHE: A+

PACIENTE: ABO: A+ FATOR RHE: A+

SINAIS VITAIS:

INICIO: 15:04 h.T. - PA: 141/90 P: 113 FR: 13  
MEIO (15MIN): 15:19 h.T. - PA: 136/72 P: 119 FR: 14  
FIM: 16:07 h.T. - PA: 115/68 P: 124 FR: 15

PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: *Dr. Bruno (R)*

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: *Dr. Bruno (R)*

COREN: 321426

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: 24/09/19

Nº BOLSA: 014190830030

BOLSA: ABO: A+ FATOR RHE: A+

PACIENTE: ABO: A+ FATOR RHE: A+

SINAIS VITAIS:

INICIO: 14:30 h.T. - PA: 98/48 P: 99 FR: 24 SP 100%  
MEIO (15MIN): 14:45 h.T. - PA: 86/41 P: 103 FR: 24 SP 99%  
FIM: 15:49 h.T. - PA: 111/60 P: 94 FR: 15 SP 100%

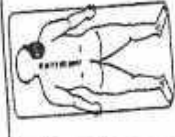
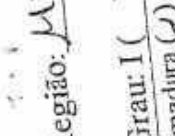
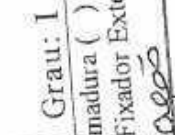
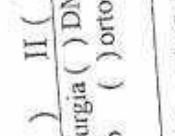
PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: *Dr. Bruno (R)*

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: *Dr. Bruno (R)*

COREN: 321426

DATA DE PASSAGEM: 09/09/2001

Assinado digitalmente por *Gabriel Cavalcante Barbosa*

|                                                     |                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                                                          |                  |  |                    |  |                     |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--------------------|--|---------------------|--|
| EVOLUÇÃO DO CURATIVO                                |                                                                                                                                                                         | Protocolo nº 1                                                           |                                                                          | Versão:08        |  | Elaborada: 02/2013 |  | Atualizada: 12/2018 |  |
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR |                                                                                                                                                                         | Paciente: Gabriel Calabrante Barbosa                                     |                                                                          | Data: 30/09/2019 |  |                    |  |                     |  |
| Letto: 1323                                         |                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                                                          |                  |  |                    |  |                     |  |
| Localização                                         |   | Região: M5E                                                              | Região: M5E                                                              |                  |  |                    |  |                     |  |
| Etiologia                                           |   | Grau: I ( ) II ( )                                                       | Grau: I ( ) II ( )                                                       |                  |  |                    |  |                     |  |
| Aparência do Leito                                  |    | LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular       | LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular       |                  |  |                    |  |                     |  |
| Pele Perilesional                                   |       | Trauma : Tração                                                          | Trauma : Tração                                                          |                  |  |                    |  |                     |  |
| Tipo de Exsudato                                    |       | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco   |                  |  |                    |  |                     |  |
| Quantidade de Exsudato                              |         | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                           | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                           |                  |  |                    |  |                     |  |
| Solução de Limpeza                                  |         | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%              | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%              |                  |  |                    |  |                     |  |
| Cobertura primária                                  |         | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel |                  |  |                    |  |                     |  |
| Troca                                               |         | ( ) 12/12 ( ) 48/48h ( ) Diário                                          | ( ) 12/12 ( ) 48/48h ( ) Diário                                          |                  |  |                    |  |                     |  |
| Profissional que realizou procedimento:             |         | Vanessa da Silva Moraes                                                  | Vanessa da Silva Moraes                                                  |                  |  |                    |  |                     |  |
| Observações:                                        |         | Vanessa da Silva Moraes                                                  | Vanessa da Silva Moraes                                                  |                  |  |                    |  |                     |  |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ato com: 30.07.19 a 31.08.19

SUS Sistema Único de Saúde

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

5 - NOME DO PACIENTE: **Georjane Cavalcanti Barbosa**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **175297**

7 - DATA DE NASCIMENTO: **09/09/2001**

8 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **91583461143177**

9 - NOME DA Mãe OU DO RESPONSÁVEL: **Uirana Pereira Cavalcanti**

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **R. Lúcio Lima 889 Jaquei Clube**

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **8V**

12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

13 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

15 - **to clausso**

16 - **Arromax + Ex + Ex. C/Alco**

17 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

20 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/07/2019**

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

22 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23 - Nº DO DOCUMENTO

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

34 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

35 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

36 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

37 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

38 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

39 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

40 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

41 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

42 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

43 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

44 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

45 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

46 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

47 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

48 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

49 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

50 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

51 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

52 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

53 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

54 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

55 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

56 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

57 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

58 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

59 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

60 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

61 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

62 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

63 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

64 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

65 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

66 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

67 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

68 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

69 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

70 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

71 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

72 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

73 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

74 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

75 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

76 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

77 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

78 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

79 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

80 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

81 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

82 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

83 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

84 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

85 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

86 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

87 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

88 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

89 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

90 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

91 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

92 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

93 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

94 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

95 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

96 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

97 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

98 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

99 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

100 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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  
MG/DL; GLICOSE 50% 40 MG EV - AVISAR PLANTONISTA

[illegible]



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                              |            |       |      |            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                              |            |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                              |            |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                              |            |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                              | 20/07/2019 | DIH   | DN   | 09/09/2001 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                              |            |       |      |            |
| AGNÓSTICO                            |                                                              | FX FEMUR E | HAS   | NEGA | DM2        |
| ALERGIAS                             |                                                              |            | LEITO | 64   | DATA       |
| IDADE                                | 17                                                           | PRESCRIÇÃO |       |      | NEGAT      |
| ITEM                                 |                                                              |            |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                             |            |       |      | 5:00       |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                     |            |       |      | manhã      |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                         |            |       |      | 24/06      |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                    |            |       |      | 22:35      |
| 5                                    |                                                              |            |       |      | 18:45      |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      | 06:00      |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4     |            |       |      | 06:00      |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                                     |            |       |      | 09:00      |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                              |            |       |      | 18:00      |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                        |            |       |      | 18:00      |
| 11                                   | CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ                            |            |       |      | 18:00      |
| 12                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 13                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 14                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 15                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG          |            |       |      | SP         |
| 17                                   | SSV + CCGG 6/6 H                                             |            |       |      | Rotina     |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                              |            |       |      | M          |
| 19                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 20                                   |                                                              |            |       |      |            |
| 21                                   |                                                              |            |       |      |            |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Fernando Rezende  
Médico  
CRM-RR 2067

#### SINAIS VITAIS

|      | PA     | FC  | FR | T      |
|------|--------|-----|----|--------|
| 6 H  |        |     |    |        |
| 12 H | 120x60 | 100 |    | 36°C   |
| 18 H | 110x60 | 80  |    | 36,5°C |
| 24 H | 138x70 | 118 |    | 36,3°C |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

18R. Paciente no leito nada refere. Realizado SSV. Segue aos cuidados da equipe. TPC. Exame

Edimar Duarte  
Ftec. Enfermagem  
COREN/RR V. 50179-TE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL5Y ACU5P AXKGR 4W3WU



A-64

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |       |      |                                        |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|------|----------------------------------------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |       |      |                                        |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |       |      |                                        |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        | DIH   |      | DN                                     |                 |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |       |      |                                        |                 |
| AGNÓSTICO: FX FEMUR E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |       |      |                                        |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        | HAS   | NEGA | DM2                                    | NEGA            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | LEITO | 64   | DATA                                   | 22/07/2019      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                             |       |      |                                        | HORARIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |      |                                        | SND             |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACESSO VENOSO PERIFERICO                               |       |      |                                        | Mantido         |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SF 0.9% 500ML EV 8/8H                                  |       |      |                                        | 24x 22x 06x     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |       |      |                                        | 24x 22x 06x     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |      |                                        | SND             |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |      |                                        | SND             |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |      |                                        | 06x             |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |      |                                        | SND             |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h Com Paciente     |       |      |                                        | 24x 22x 06x     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                 |       |      |                                        | 24x             |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |      |                                        | SND             |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |      |                                        | Após 1 Realizar |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |      |                                        | Atualizar       |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        |                 |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |      |                                        | SND             |
| <p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:<br/>           200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br/>           DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>                                                                                                                     |                                                        |       |      |                                        |                 |
| <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br/>           # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br/>           # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br/>           # SOLICITADO:<br/>           # CONDUTA: MANTIDA<br/>           # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br/>           # PREVISÃO DE ALTA:</p> |                                                        |       |      |                                        |                 |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |       |      | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO              |                 |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                     | FC    | FR   | CRM-RR 2028                            |                 |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 128x65                                                 | 109   | 16   | Residente de Ortopedia e Traumatologia |                 |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 113x59                                                 | 121   |      | 35,6°C                                 |                 |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 120x58                                                 | 90    |      | 36,6°C                                 |                 |

12:00h. Abaixo SSVV, adm.  
 Item 4 as 9:40h.  
 Pete com algia

A-64

43-1

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: **GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR E**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: **64** DATA: **23/07/2019**

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

|    |                                                        |                       |
|----|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                       | SN                    |
| 2  | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               | maru                  |
| 3  | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                | 22 00                 |
| 4  | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              | SN 24                 |
| 5  |                                                        |                       |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | SN                    |
| 7  | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEI  | SN                    |
| 8  | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                | OG                    |
| 9  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        | SN                    |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  | 24 21 00              |
| 11 | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                 | 1p                    |
| 12 |                                                        |                       |
| 13 |                                                        |                       |
| 14 |                                                        |                       |
| 15 |                                                        |                       |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    | SN                    |
| 17 | SSV + CCGG 6/6 H                                       | afin Realiza curativo |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO                                        |                       |
| 19 |                                                        |                       |
| 20 |                                                        |                       |
| 21 |                                                        | SN                    |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA

# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA     | FC  | FR       |
|------|--------|-----|----------|
| 12 H | 110x55 | 99  | 16 36,6° |
| 18 H | 109x61 | 121 | - 36,4°  |
| 24 H | 113x64 | 88  | - 36,2°  |
| 06h  | 113x62 | 104 | - 36,1°  |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Celia Zuck C. M. Araújo  
CRM-RR 2028

Dr. Idelson P. Silva  
CRM-RR 2028  
Ortopedia e Traumatologia  
Rua 1723 Roraima

12:00h. ferido SSVU, adm. a med. cpm.





Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -

HCR

Protocolo

Paciente:

Leito:

Versão:08

Laborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 23/07/2019

Gabriel Cavalcante Barbosa

Localização



Região: perna esquerda

Grav: I (X) II ( )

Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

Trauma: Q Tração

Outro: Fixador Externo ( ) Ortopedia

Necrose: Amarela/Negra ( ) Esticelo ( ) Granulação ( ) Epitelização

Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Blisterna / Rubor

Outro: ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangüinolento (X) Serosangüineo ( ) Seco

Outro: ( ) Úmido ( ) Seco

Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

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

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

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )



Região: perna esquerda

Grav: I ( ) II (X)

Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia

Outro: Necrose: Amarela/Negra ( ) Esticelo (X) Granulação ( ) Epitelização

Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Blisterna / Rubor

Outro: ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangüinolento (X) Serosangüineo ( ) Seco

Outro: ( ) Úmido ( ) Seco

Molhado (X) Úmido ( ) Seco

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

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

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Outro: ( )

Adonirley Pereira Araujo  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PR 507.795/TE

Vanessa da Silva Moraes  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PR 565.152/TE

Adonirley Pereira Araujo  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PR 507.795/TE

Vanessa da Silva Moraes  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PR 565.152/TE

JJ3-1

*[Handwritten signature]*

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |       |      |      |                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|------|------|-------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |       |      |      |                         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |       |      |      |                         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |       |      |      |                         |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH   | DN   |      |                         |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                         |       |      |      |                         |
| AGNÓSTICO: FX FEMUR E                |                                                         |       |      |      |                         |
| ALERGIAS                             |                                                         | HAS   | NEGA | DM2  | NEGA                    |
|                                      |                                                         | LEITO | 64   | DATA | 24/07/2019              |
| IDADE                                | PRESCRIÇÃO                                              |       |      |      | HORÁRIO                 |
| ITEM                                 |                                                         |       |      |      |                         |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |      |      | SN                      |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |      |      | Mantido                 |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                 |       |      |      | 22:00                   |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |       |      |      | SU 00:00                |
| 5                                    |                                                         |       |      |      |                         |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |      |      | SN 16:00 + 23:30        |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE   |       |      |      | SN                      |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |      |      | 06 Não veio da Farmácia |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |      |      | SN                      |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |      |      | 22:00                   |
| 11                                   | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                  |       |      |      | 26                      |
| 12                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 13                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 14                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 15                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |      |      | SN                      |
| 17                                   | 33VV + CCGG 6/6 H                                       |       |      |      | Cf. Realizar            |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |      |      |                         |
| 19                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 20                                   |                                                         |       |      |      |                         |
| 21                                   |                                                         |       |      |      | 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, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

06h - PA = 145 x 73  
P = 705

| SINAIS VITAIS |          |     |    |
|---------------|----------|-----|----|
| 6 H           | PA       | FC  | FR |
| 12 H          | 120 x 60 | 75  | 20 |
| 18 H          | 120 x 60 | 83  | 20 |
| 24 H          | 120 x 60 | 114 | 20 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente no leito Espalvil aferido 35 vitais - e  
segues as medidas de Eupneico e  
paineira Pacusom o item 3. zero finalístico 0,9% 500





Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Colúbil, Alexandre Barbosa

Leito: 413-4

Data: 24/07/19

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Região: M.I.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Região: M.I.E. |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><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<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                  |  |                |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: |  |                |
| Pele Perifereira                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                |
| Quantidade de Exsudato                  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                |
| Limpeza                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                               |  |                |
| Cobertura primária                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                |
| Profissional que realizou procedimento: | Maria de Fátima N. Viana<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN/RR 446.709                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mônica Reis Farias<br>Técnico em Enfermagem<br>COREN/RR 00029004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                |

113-1

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR E**

ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO **113-1** DATA **25/07/2019**

ITEM \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

|    |                                                         |  |
|----|---------------------------------------------------------|--|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                        |  |
| 2  | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |  |
| 3  | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                 |  |
| 4  | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                               |  |
| 5  |                                                         |  |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |  |
| 7  | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |  |
| 8  | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                |  |
| 9  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |  |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |  |
| 11 | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                  |  |
| 12 |                                                         |  |
| 13 |                                                         |  |
| 14 |                                                         |  |
| 15 |                                                         |  |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |  |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |  |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO                                         |  |
| 19 |                                                         |  |
| 20 |                                                         |  |
| 21 |                                                         |  |

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

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

**SINAIS VITAIS**

|      | PA     | FC  | FR |      |
|------|--------|-----|----|------|
| 6 H  |        |     |    |      |
| 12 H | 120/80 | 79  | -  | 36°C |
| 18 H | 120/80 | 115 | -  | 36,3 |
| 24 H | 160x80 | 118 | 22 | 38,3 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Rogério L. P. Dias  
 Médico  
 Ortopedista/Traumatologista  
 CRM 12556-RR ORE-114

manhã 25.07.19

Cliente no Porto feito cuidados gerais de enfermagem  
 Sem queixas durante o decorrer do plantão  
 55VV 6h - PA: 160x77 FC: 118 FR: 20 T°: 36,3



113-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                          |       |       |      |                |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|------|----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                          |       |       |      |                |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                          |       |       |      |                |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                          |       |       |      |                |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                          | DIH   | DN    |      |                |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                          |       |       |      |                |
| AGNÓSTICO: FX FEMUR E                |                                                          |       |       |      |                |
| ALERGIAS                             |                                                          | HAS   | NEGA  | DM2  | NEGA           |
| IDADE                                |                                                          | LEITO | 113-1 | DATA | 26/07/2019     |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                               |       |       |      | HORARIO        |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |      | SN             |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFERICO                                 |       |       |      | MANTER         |
| 3                                    | SF 0.9% 500ML EV 12/12H                                  |       |       |      | 24             |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                |       |       |      | SN 36/60 20:50 |
| 5                                    |                                                          |       |       |      |                |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |       |       |      | SN 34/60 08:24 |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |       |       |      | SN             |
| 8                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |       |       |      | 16             |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |       |       |      | SN             |
| 10                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |       |       |      | 22             |
| 11                                   | CLEXANE 40MG 1X DIA SC                                   |       |       |      |                |
| 12                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 13                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 14                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 15                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 16                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |      | SN             |
| 17                                   | SSV + CCGG 6/6 H                                         |       |       |      | Mantida        |
| 18                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |      | E. Control     |
| 19                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 20                                   |                                                          |       |       |      |                |
| 21                                   |                                                          |       |       |      |                |

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

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

| SINAIS VITAIS |        |     |     |
|---------------|--------|-----|-----|
| 6 H           | PA     | FC  | FR  |
| 12 H          | 14x8   | 127 | 368 |
| 18 H          | 140x65 | 138 | -   |
| 24 H          | 132x56 | 120 | 370 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO<sup>®</sup>  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

01:10 Paciente no leito M e P Vespertino  
SSV sem alteração.

SB: 01:00 no leito pulso - se de algio - e febre negativa sem 4 e 6 cm  
negativa 4400 em olheira. Segue com curativos

Kelly M. de Souza  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 628.961

ALTA - 01/10/19

BLOCO A

Sistema  
União de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

Gabriel Cavalcante Barbosa

7.00004199881306

Vilmar Pereira Cavalcante

2. Linhas Finiz - 289 - Jockey Club

Bom Fim

DATA DE NASCIMENTO  
09/09/2001

175297

0-SEXO

1-1

2-3

TELEFONE DE CONTATO

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

2-1

3-2

4-3

5-4

6-5

7-6

8-7

9-8

0-9

1-0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com febre de origem (E)  
+ Infecção de partes moles (Coxa (E))

As causas

Exame físico

Febre de origem

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

Dra. Hevelin Afine Costa  
Médica  
CRM-PR-1963

09/09/19

Dra. Hevelin Afine Costa  
Médica  
CRM-PR-1963

REENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

22-ACIDENTE DE TRÂNSITO

23-ACIDENTE DE TRABALHO

24-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

25-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

26-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

27-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

28-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

29-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

30-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

31-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

32-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

33-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

34-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

35-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

36-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

37-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

38-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

39-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

40-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

41-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

42-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

43-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

44-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

45-ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

36-CNPJ DA SEGURADORA

37-CNPJ DA SEGURADORA

38-CNPJ DA SEGURADORA

39-CNPJ DA SEGURADORA

40-CNPJ DA SEGURADORA

41-CNPJ DA SEGURADORA

42-CNPJ DA SEGURADORA

43-CNPJ DA SEGURADORA

44-CNPJ DA SEGURADORA

45-CNPJ DA SEGURADORA

46-CNPJ DA SEGURADORA

47-CNPJ DA SEGURADORA

48-CNPJ DA SEGURADORA

49-CNPJ DA SEGURADORA

50-CNPJ DA SEGURADORA

51-CNPJ DA SEGURADORA

52-CNPJ DA SEGURADORA

53-CNPJ DA SEGURADORA

54-CNPJ DA SEGURADORA

55-CNPJ DA SEGURADORA

56-CNPJ DA SEGURADORA

57-CNPJ DA SEGURADORA

58-CNPJ DA SEGURADORA

59-CNPJ DA SEGURADORA

60-CNPJ DA SEGURADORA

AUTORIZAÇÃO

46-Nº DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47-ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

0308010019  
5727 T068  
W 499

até 24.9





Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo  
Paciente: *Galvina Bolero*  
Leito: *113-L*

Versão: 08  
Elaborada: 02/2013  
Atualizada: 12/2018  
Data: *28/09/18*

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  |                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                    | Região: <i>MZC</i> |  | Região: <i>MZC</i> |
| Etiologia                               | LPP I II III IV <input checked="" type="checkbox"/> ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: <i>Tração</i> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>Outro:                                                               |                    |  |                    |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: |                    |  |                    |
| Pele Perifoneal                         | ( ) Outro:                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |                    |
| Tipo de Exsudato                        | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br>( ) Outro:                                                                          |                    |  |                    |
| Quantidade de Exsudato                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                 |                    |  |                    |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:              |                    |  |                    |
| Cobertura primária                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                         |                    |  |                    |
| Troca                                   | ( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                    |                    |  |                    |
| Profissional que realizou procedimento: | <i>Monica Reis Farias</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>Coordenadora</i>                                                                                                                                                              |                    |  |                    |
| Observações:                            | <i>Excluído N. Silva</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>Coordenadora</i>                                                                                                                                                               |                    |  |                    |

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

113-1

| SETOR: PAAR                          | ENF:                                                     | LT:  | DN: | DI/HGR: |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                                                                                                             |                                                                                         |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + ITU?        |                                                                                                                                             |                                                                                         |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                  | HORÁRIO                                                                                 |     |         |
| 29/07/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                                                                                                           |                                                                                         |     |         |
|                                      | 2. AVP                                                                                                                                      |                                                                                         |     |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                                                                                                     |                                                                                         |     |         |
|                                      | 4. LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X DIA                                                                                                            |                                                                                         |     |         |
|                                      | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                                                                                                  |                                                                                         |     |         |
|                                      | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                                                                                                     |                                                                                         |     |         |
|                                      | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                                                                                             |                                                                                         |     |         |
|                                      | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                                                                                                  |                                                                                         |     |         |
|                                      | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                                                                                                   |                                                                                         |     |         |
|                                      | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA  |                                                                                         |     |         |
|                                      | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg                                                                                       |                                                                                         |     |         |
|                                      | 12. CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                         |                                                                                         |     |         |
|                                      | 13. CCGG + SSVV                                                                                                                             |                                                                                         |     |         |
|                                      | 14.                                                                                                                                         |                                                                                         |     |         |

ACIDENTE COM FRATURA DE FEMUR E EVOLUINDO PARA TROMBOSE COM FEBRE, VÔMITOS E TAQUICARDIA. HEMOGRAFIA EVIDENCIANDO HB:7, LEUC:14.000, TRANSFUNDIDO 1CH.

**CD: SOLICITO EXAMES POS TRANSFUSIONAL,  
INICIO NORPURIUM**

### ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                  |    |
|------------------|------------------|----|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI | 20 |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI | 20 |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI     | 20 |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

### REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h   | 11h   | 17h  | 23h  |
|------------------|-------|-------|------|------|
| PA               | 12x10 | 13x10 | 13x7 | 14x1 |
| FC               | 119   | 128   | 124  |      |
| Tax              | 36.8  | 36.2  | 37.6 |      |
| FR               | 17    | -     | -    |      |
| Evacuação        | -     | -     | -    |      |
| Diurese          | +     | +     | +    |      |
| Dextro           | -     | -     | -    |      |
| Insulina Regular | -     | -     | -    |      |
| SNG              | -     | -     | -    |      |
| Dreno            | -     | -     | -    |      |

**Dr. Jennifer Aline Costa**  
Medica  
CRM-RR 1963

2. och flido svv. C  
dm. Tm 5.T = 38.2.c  
Kalligdo Avd. jldo 22.

9107 JAN PCT no lido m quarks.

colaptes auratus 5500 N. Kelly Ave. Fort Worth  
alloues 5000 N. Kelly Ave. Fort Worth  
alloues 5000 N. Kelly Ave. Fort Worth

003 22:30h pct refere  
a der e pico febril  
foto me ducaaa  
atm 05 e atm 06.

|                                                                                 |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| feito no decorrer<br>de horário em<br>550 feito em<br>quase a noite<br>cur dodo | Dreno |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|--|



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

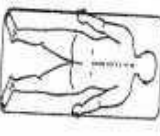
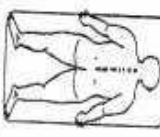
Paciente:

Gabriel Roberto

Leito:

333-1

Data: 29/07/2020

|                                         |                                                                                                                                                                         |            |                    |                                                                                                                                                                           |         |                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| Localização                             |   | Região: MF | Grau: I (X) II ( ) |   | Região: | Grau: I ( ) II ( ) |
| Etiologia                               | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: X Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro:                                 |            |                    | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro:                                     |         |                    |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros F                                              |            |                    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                                  |         |                    |
| Pele Perilesional                       | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                      |            |                    | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                        |         |                    |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                     |            |                    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                       |         |                    |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                          |            |                    | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                            |         |                    |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% Sc ( ) Álcool 70%                                                                                                          |            |                    | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                               |         |                    |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                  |            |                    | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                    |         |                    |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                         |            |                    | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                           |         |                    |
| Profissional que realizou procedimento: | Thaís da Silva Mendes<br>Técnica em Enfermagem<br>CRL RR 965 152 TE                                                                                                     |            |                    | Thaís da Silva Mendes<br>Técnica em Enfermagem<br>CRL RR 965 152 TE                                                                                                       |         |                    |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                         |            |                    |                                                                                                                                                                           |         |                    |

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                                                     |              |        |     |         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                                                         | ENF: 109 143 | LT: 01 | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                |              |        |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + PTU7 + Clavicle humeros em redução simples |              |        |     |         |
| DATA/HORA                                                           | PRESCRIÇÃO   |        |     |         |
| 30/07/2019                                                          | HORÁRIO      |        |     |         |
| 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                                   | OT           |        |     |         |
| 2. AVP                                                              | SV 5         |        |     |         |
| 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                             | SV 5         |        |     |         |
| 4. LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X DIA                                    | SV 5         |        |     |         |
| 5. DAPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                          | SV 5         |        |     |         |
| 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                             | SV 5         |        |     |         |
| 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                                     | SV 5         |        |     |         |
| 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                          | SV 5         |        |     |         |
| 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                           | SV 5         |        |     |         |
| 10. NORPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTÃO SEXTA             | SV 5         |        |     |         |
| 11. Clopidril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg               | SV 5         |        |     |         |
| 12. CURATIVO DIÁRIO                                                 | SV 5         |        |     |         |
| 13. CCGG + SSVV                                                     | SV 5         |        |     |         |
| 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                             | SV 5         |        |     |         |

15 Oxilino 2g EV 4/4h  
6 Compressa fio 3x dia

21:15 Paciente no leito  
transferido SSVV na  
intubação.

Dra. Silvana Elaine Costa  
CRM-RS 1963

30/07 2020 Pac no leito extenal  
nalgas mudadas com  
SSV, sem alteração. Segue  
sem alterações.

Kelly Mica Barboza de Farias  
Técnico de Enfermagem  
CRM-RS 678.961

113-1

PACIENTE: FRATURA DE FEMUR E EVOLUINDO HA 2 DIAS COM FEBRE, VÔMITOS E TAQUICARDIA. HEMOGRAMA EVIDENCIA HB 7, LEUC: 14.000, TRANSFUNDIDO ICH.

CD: SOLICITO EXAMES POS TRANSFUSIONAL INICIO NORPURUM

|                                                   |        |       |          |         |
|---------------------------------------------------|--------|-------|----------|---------|
| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |        |       |          |         |
| Até 200: 0                                        |        |       |          |         |
| 201 - 250: 02 UI                                  |        |       |          |         |
| 251 - 300: 04 UI                                  |        |       |          |         |
| > 401: 10 UI                                      |        |       |          |         |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |        |       |          |         |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |        |       |          |         |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |        |       |          |         |
| Horário                                           | 06h    | 11h   | 17h      | 23h     |
| PA                                                | 138/60 | 148   | 140 x 75 | 146/116 |
| FC                                                | 108    | 125   | 120      | 105     |
| Tax                                               | 24     | 36-72 | 36-42    | 36-42   |
| FR                                                |        |       | -        |         |
| Evacuação                                         |        | Fezes | +        |         |
| Diurese                                           | +      | Fezes | +        | +       |
| Dextro                                            |        |       |          |         |
| Insulina Regular                                  |        |       |          |         |
| SNG                                               |        |       |          |         |
| Dreno                                             |        |       |          |         |



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO ÚNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

| SETOR: PAAR                          | ENF:                                                      | LT:                  | DN: | D/HGR: |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------|-----|--------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |                      |     |        |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E FETU?         |                                                           |                      |     |        |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO              |     |        |
| 30/07/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         | SN'S                 |     |        |
|                                      | 2. AVP                                                    | MANHA                |     |        |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | ACM1                 |     |        |
|                                      | 4. OXACILINA 1G EV 4/4H                                   | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                | SN 16.30 16.30 16.30 |     |        |
|                                      | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | SN                   |     |        |
|                                      | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 10. NORIPUREM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     | SN                   |     |        |
|                                      | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 13. CCGG + SS VV                                          | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | 16.00 16.00 16.00    |     |        |
|                                      | 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA                                 | 16.00 16.00 16.00    |     |        |

ACIDENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM  
"DELÍRIA", SINTOMAS, SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM  
REGIÃO GENTAL, COM MELHORIA EM 24H. PACIENTE  
CONTINUA TAQUICARDICO FC: 120-150BPM.

### ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Aé 200: 0        | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI     |

GH 50% 40 mLEV, em bolus, se Glicemia &lt; 70 mg/dL.

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h |
|---------|-----|-----|-----|-----|
|---------|-----|-----|-----|-----|

|    |         |        |        |
|----|---------|--------|--------|
| PA | 1003X68 | 150X70 | 140X80 |
|----|---------|--------|--------|

|    |     |     |     |
|----|-----|-----|-----|
| FC | 100 | 115 | 100 |
|----|-----|-----|-----|

| Tax<br>+ exp | 36°C | 35,1°C |
|--------------|------|--------|
|              |      |        |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| IR  |  |  |  |
| 1.5 |  |  |  |

|           |     |  |  |
|-----------|-----|--|--|
| EVACUACAO | 1-1 |  |  |
|-----------|-----|--|--|

|         |   |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|
| Chinese | + |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| Drain | 1 | 2 | 3 |
| Drain | 1 | 2 | 3 |

|         |   |  |  |
|---------|---|--|--|
| Regular | 6 |  |  |
|---------|---|--|--|

[illegible]

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| Dreno |  |  |  |
|-------|--|--|--|

31/07/19 Paciente no fute  
aberto SSV adm. a beira da  
Est. Por este motivo as mediações  
endovenosa não foram realizadas.  
Prm. segue com cuidados  
de enf.

Oil: HPA, Max 70  
Fe-608

Maria Jesus Silva Duó  
Téc. em Enfermagem  
COREN - RR 5929.395



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

| DATA     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Paciente gabriel cavaleante Barbosa, 17 anos<br>DC: Fratura de Fêmur + ITU                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 31/07/19 | Paciente no leito, desperto, eupneico, res-<br>pirando em ar ambiente, AP: MV ⊕ SIRA.<br><del>apresentando diagnóstico de</del><br>Fratura de fêmur e hematoma em regi-<br>ão entesio-tendíneo, APM preservado de MMSS<br>e MI ⊕, sensibilidade preservada. subme-<br>tidos a avaliação + orientações fisioterapeu-<br>ticas melhora + respiratória |
| 02/08/19 | Paciente no leito, desperto, eupneico, res-<br>pirando em ar ambiente, AP: MV ⊕ SIRA.<br>mantendo diagnóstico e apresentando<br>atualmente o quadro de anemia. subme-<br>tidos a assistência fisioterapêutica respi-<br>ratória + motora.                                                                                                           |
| 05/08/19 | Paciente no leito, desperto, eupneico, respirando em<br>ar ambiente, AP: MV ⊕ SIRA. mantendo diagnósti-<br>co. Submetido a fisioterapia motora.                                                                                                                                                                                                     |
| 06/08/19 | Paciente no leito, desperto, eupneico, respirando<br>em ar ambiente, AP: MV ⊕ SIRA submetido a<br>fisioterapia motora + orientações                                                                                                                                                                                                                 |
| 07/08/19 | Paciente mantendo diagnóstico no leito, eupneico<br>AP: MV ⊕ SIRA, respirando em ar ambiente. Conduta FST<br>motora + orientações                                                                                                                                                                                                                   |

Rocilda M. Moura Silva Costa  
CREFITO 200130-F  
Fisioterapeuta

Rocilda M. Moura Silva Costa  
CREFITO 200130-F  
Fisioterapeuta

Rocilda M. Moura Silva Costa  
CREFITO 200130-F  
Fisioterapeuta

Rocilda M. Moura Silva Costa  
CREFITO 200130-F  
Fisioterapeuta



**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**

| SETOR: PAAR                                             | ENF: <del>107</del>                                       | LT: <del>107</del> | DN: | DI/HGR:     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----|-------------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA + hematoma gnrndel |                                                           |                    |     |             |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E                                  |                                                           |                    |     |             |
| DATA/HORA                                               | PRESCRIÇÃO                                                |                    |     | HORÁRIO     |
| 01/08/2019                                              | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         |                    |     |             |
|                                                         | 2. AVP                                                    |                    |     | S/N         |
| D3                                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   |                    |     | MANZEL      |
|                                                         | 4. OXACILINA 3G EV 4/4H                                   |                    |     | 10:00       |
|                                                         | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                |                    |     | 12:16 24 08 |
|                                                         | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   |                    |     | 16:17       |
|                                                         | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           |                    |     | 08:16:20    |
|                                                         | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                |                    |     | 08:16:20    |
|                                                         | 9. CLEXANE 400MG SC 1X DIA                                |                    |     | 08:16:20    |
|                                                         | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |                    |     | 16:17       |
|                                                         | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |                    |     |             |
|                                                         | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       |                    |     |             |
|                                                         | 13. CCGG + SSV                                            |                    |     |             |
|                                                         | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |                    |     | 08:16:20    |
|                                                         | 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA                                 |                    |     | 16:17       |

14. 20 Percent no hit  
m e R. Verified 500

En Grecia.

Herbicide  
Medica 1953  
CRIMB 61

18:00HS present no Leds lost.  
SSV present, no Leds lost.  
SSV present, no Leds lost.

Est: Adm as/ medical ccs cpm  
Appendix 53uu.

COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM REGIAO GENTAL, COM MELHORIA EM 24H. PACIENTE CONTINUA TAQUICARDICO FC: 120-150BPM, TRANSFUNDIDO 2LH, SERA ABORDADO PELA ORTOPEDIA HOJE PELA TARDE.

CD: SOLICITO NOVO HEMOGRAMA

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                               |              |                                                |        |      |
|-----------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------|--------|------|
| Até 200; 0                                                |              | 301 - 350; 06 UI                               |        |      |
| 201 - 250; 02 UI                                          |              | 351 - 400; 08 UI                               |        |      |
| 251 - 300; 04 UI                                          |              | > 401; 10 UI <small>Chamar Plantonista</small> |        |      |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL |              |                                                |        |      |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                                    |              |                                                |        |      |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                           |              |                                                |        |      |
| Horário                                                   | 06h          | 11h                                            | 17h    | 23h  |
| PA                                                        | 120/72/117-6 | 110x70                                         | 123/80 |      |
| FC                                                        | 102          | 108                                            | 100    | 109  |
| Tax                                                       | 36.8         | 36.5                                           | 36.0   | 36.6 |
| FR                                                        |              |                                                |        |      |
| Evacuação                                                 |              |                                                |        |      |
| Diurese                                                   |              |                                                |        |      |
| Dextro                                                    |              |                                                |        |      |
| Insulina Regular                                          |              |                                                |        |      |
| SNG                                                       |              |                                                |        |      |
| Dreno                                                     |              |                                                |        |      |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

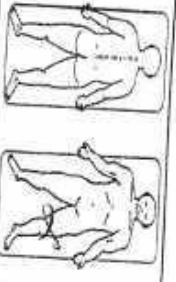
Paciente:

Leito:

Data:

113.1  
Gabriel Barbaute Baber  
108/2019

Localização

Região: pele exposta

Grau: I ( ) II ( )

Etiologia

( ) LPP I II III IV ?\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
( ) Trauma: 1º Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do Leito

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

Pele Perilesional

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

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de Limpeza

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

Cobertura primária

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

Troca

( ) 12/12

Diário

( ) 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Adonildes Pereira Araújo  
Técnica de Enfermagem  
COREN RR 507 795/TE

Vanessa da Silva Moraes  
Técnica de Enfermagem  
COREN RR 665 152/TE

Observações:



**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**

| SETOR: PAAR                                           | ENF: 404                                                  | LT: 04  | DN: | D/HGR: |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------|-----|--------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA + hematoma gnril |                                                           |         |     |        |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + LEUCOCITOSE A/E              |                                                           |         |     |        |
| DATA/HORA                                             | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO |     |        |
| 02/08/2019                                            | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         | SUD     |     |        |
|                                                       | 2. AVP                                                    | manter  |     |        |
|                                                       | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | manter  |     |        |
|                                                       | 4. OXACILINA 1G EV 4/4H                                   | 08:00   |     |        |
|                                                       | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                | 08:00   |     |        |
|                                                       | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   | 08:00   |     |        |
|                                                       | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | 08:00   |     |        |
|                                                       | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                | 08:00   |     |        |
|                                                       | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 | 08:00   |     |        |
|                                                       | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | 16:00   |     |        |
|                                                       | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110 mmHg    | 16:00   |     |        |
|                                                       | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       | 16:00   |     |        |
|                                                       | 13. CCGG + SSVV                                           | 16:00   |     |        |
|                                                       | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | 16:00   |     |        |
|                                                       | 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA                                 | 16:00   |     |        |

1. PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM REGIÃO GENTAL, COM MELHORA EM 24H. PACIENTE CONTINUA TAQUICARDICO FC: 120-150BPM, TRANSFUNDIDO 2CH, CIRURGIA CANCELADA PORQUE PACIENTE APRESENTA LEUCOCITOSE DE ORIGEM INDETERMINADA.

CD: AGUARDO PARECER DA INFECTOLOGIA

### ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Até 200: 0       | 301 – 350: 06 UI |
| 201 – 250: 02 UI | 351 – 400: 08 UI |
| 251 – 300: 04 UI | > 401: 10 UI     |

GH 50% 40 ml EV, em *bolus*, se Glicemia < 70 mg/dL

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h | 11h    | 17h    | 23h |
|------------------|-----|--------|--------|-----|
| PA               |     | 148x64 | 120x71 |     |
| FC               |     | 72     | 73     |     |
| Tax              |     | 66%    | 60,7%  |     |
| FR               |     | +      |        |     |
| Exercício        |     | +      |        |     |
| Diurese          |     |        |        |     |
| Dextro           |     |        |        |     |
| Insulina Regular |     |        |        |     |
| SNG              |     |        |        |     |
| Dreno            |     |        |        |     |

*Dra. Helyettaline Costa*  
Medica  
CRM-PR 7993

12:00 AM midwest C.F.M.  
This the speakers

**Raíza Marcelle de S. Campello**  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR 003.942

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                         |                            |                          |     |         |
|-----------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                             | ENF: 100                   | LT: 0                    | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE            |                            | ARBOSA                   |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E +LEUCOCITOSE A/E |                            |                          |     |         |
| DATA/HORA                               | PRESCRIÇÃO                 | HORÁRIO                  |     |         |
| 03/08/2019                              | 1. DIETA ORAL LIVRE        | S/P                      |     |         |
|                                         | 2. AVP                     | manh                     |     |         |
|                                         | 3. SF 0,9% 500ML EV A      | M                        |     |         |
|                                         | 4. OXACILINA 1G EV 4       | H                        |     |         |
| D5                                      | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6      | S/N (uso duplo) 08/15/20 |     |         |
|                                         | 6. TRAMAL 100MG EV         | 8H (uso por necessidade) |     |         |
|                                         | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8H     | S/N                      |     |         |
|                                         | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H | S/P                      |     |         |
|                                         | 9. CLEXANE 40MG SC 1 DIA   | 28/15/24                 |     |         |
|                                         | 10. NORPURUM 1AMP SC 1 DIA | 28/16/24                 |     |         |
|                                         | 11. Captopril 25mg VO se H | S>160 e/ou PAD>110mmHg   |     |         |
|                                         | 12. CURATIVO DIÁRIO        | S/P                      |     |         |
|                                         | 13. CCGG + SSVV            | M                        |     |         |
|                                         | 14. FISIOTERAPIA MOTORA    | Pós-Pr                   |     |         |
|                                         | 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA  | M x P                    |     |         |

03.08.2019. Noutro dia  
Nalagado cuidados especiais  
com medicações em. m.  
pacado em.

Franciane Damazio de Assis  
Coren RR 913.392-TE

Dr. Hene  
CRP 19863

Dr. Costa

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM REGIÃO GENTAL, COM MELHORA EM 24H. PACIENTE CONTINUA TAQUICÁRDICO FC: 120-150BPM, TRANSFUNDIDO 2CH, CIRURGIA CANCELADA PORQUE PACIENTE APRESENTA LEUCOCITOSE DE ORIGEM INDETERMINADA.

CD: AGUARDO PARECER DA INECTOLOGIA

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------|------------------|
| Até 200: 0                                          | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI                                    | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI                                    | > 401: 10 UI     |
| GH 50%, 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL. |                  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|-----|--------|--------|--------|
| PA               |     | 130x70 | 120x80 | 120x80 |
| FC               |     | 115    | 120    | 120    |
| Tax              |     | 36     | 36/40  | 36/2   |
| FR               |     |        |        |        |
| Evacuação        |     |        |        |        |
| Diurese          |     |        |        |        |
| Dextro           |     |        |        |        |
| Insulina Regular |     |        |        |        |
| SNG              |     |        |        |        |
| Dreno            |     |        |        |        |



**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**

|                                                           |            |        |     |         |
|-----------------------------------------------------------|------------|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                                               | ENF: 1     | LT: 01 | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                      |            |        |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + LEUCOCITOSE A/E                  |            |        |     |         |
| DATA/HORA                                                 | PRESCRIÇÃO |        |     |         |
| 04/08/2019                                                | HORÁRIO    |        |     |         |
| 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         |            |        |     |         |
| 2. AVP                                                    |            |        |     |         |
| 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   |            |        |     |         |
| 4. OXACILINA 1G EV 4/4H <i>Sup. N.F.F</i>                 |            |        |     |         |
| 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                |            |        |     |         |
| 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   |            |        |     |         |
| 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           |            |        |     |         |
| 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                |            |        |     |         |
| 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 |            |        |     |         |
| 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |            |        |     |         |
| 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |            |        |     |         |
| 12. CURATIVO DIÁRIO                                       |            |        |     |         |
| 13. CCGG + SSVV                                           |            |        |     |         |
| 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |            |        |     |         |
| 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA                                 |            |        |     |         |

*Clindamicina 600mg* *818h*

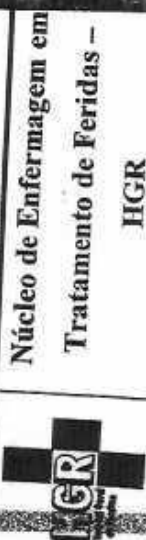
*Dr. Steven Brito Costa*  
*Medicina*  
*CRM-PR 1553*

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM REGIÃO GENITAL, COM MELHORIA EM 24H. PACIENTE CONTINUA TAQUICÁRDICO FC: 120-150BPM. TRANSFERINDO 2CH, CIRURGIA CANCELADA PORQUE PACIENTE APRESENTA LEUCOCITOSE DE ORIGEM INDETERMINADA.

CD: ACUARDADO PARECER DA INFECTOLOGIA

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |        |                                        |        |        |
|---------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------|--------|
| Até 200: 0                                        |        | 301 - 350: 06 UI                       |        |        |
| 201 - 250: 02 UI                                  |        | 351 - 400: 08 UI                       |        |        |
| 251 - 300: 04 UI                                  |        | > 401: 10 UI <i>Chamar Plantonista</i> |        |        |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |        |                                        |        |        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |        |                                        |        |        |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |        |                                        |        |        |
| Horário                                           | 06h    | 11h                                    | 17h    | 23h    |
| PA                                                | 113/61 | 120/70                                 | 120/70 | 130/70 |
| FC                                                | 90     |                                        |        | 88     |
| Tax                                               | 36,5°C | 36,8°C                                 | 36,8°C | 36,8°C |
| FR                                                | —      |                                        |        |        |
| Evacuação                                         |        |                                        |        |        |
| Diurese                                           |        |                                        |        |        |
| Dextro                                            |        |                                        |        |        |
| Insulina Regular                                  |        |                                        |        |        |
| SNG                                               |        |                                        |        |        |
| Dreno                                             |        |                                        |        |        |

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



| Protocolo nº 1                          |                                                                                                                                                              | Versão: 08                                                                                                                                            | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Paciente: Gabriel Cavalcante            |                                                                                                                                                              | Data: 04/08/19                                                                                                                                        |                    |                     |
| Leito: 113-1                            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                    |                     |
| Localização                             |                                                                                                                                                              | Região: coxa e                                                                                                                                        |                    |                     |
| Etiologia                               | Grau: I ( ) II ( )<br>Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Fixador Externo ( ) ortopedia<br>Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>Outro: | Grau: I ( ) II ( )<br>LPP I II III IV ?* ( )<br>Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>Outro: |                    |                     |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( )<br>Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( )<br>Epitelização                                                                         | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( )<br>Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( )<br>Epitelização                                                                  |                    |                     |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado<br>( ) Eritema / Rubor                                                                                                               | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                    |                    |                     |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso<br>( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco                                                                                    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                  |                    |                     |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido                                                                                                                                        | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                        |                    |                     |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Álcool 70%                                                                                                                     | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                           |                    |                     |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Hidrogel<br>( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel                                                                     | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                |                    |                     |
| Troca                                   | ( ) 12/12                                                                                                                                                    | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                       |                    |                     |
| Profissional que realizou procedimento: | Selma Paula F. da Silva<br>Téc. em Enfermagem<br>CRM-EN-RR 914.531                                                                                           | Selma Paula F. da Silva<br>Téc. em Enfermagem<br>CRM-EN-RR 914.531                                                                                    |                    |                     |
| Observações:                            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                    |                     |



PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

SETOR: PAAR

ENF: 1

LT: 3

DN:

DI/HGR:

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

HD: FRATURA DE FÊMUR E + ANEMIA

| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO |
|------------|-----------------------------------------------------------|---------|
| 05/08/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         | 16h     |
|            | 2. AVP                                                    | 5h      |
|            | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | 14h     |
| D2         | 4. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                             | 14h     |
|            | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                | 14h     |
|            | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   | 14h     |
|            | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | 14h     |
|            | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                | 14h     |
|            | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 | 14h     |
|            | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | 14h     |
|            | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     | 14h     |
|            | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       | 14h     |
|            | 13. CCGG + SSVV                                           | 14h     |
|            | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | 14h     |
|            | 15. COMPRESSA FRIA 3X DIA                                 | 14h     |

AS 12:00h Paciente no Leito, Atendendo  
5500, segue Sem Queixas, Res-  
pondendo perguntas de enfermeiros.  
Rosilene Garcia P. Mendes  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PR 552.039-TE

3. ad: Adm. em radiologia  
P. de  
B. de  
Raima Marcelle de S. Gampello  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR 803.942

Dr. Afonso Costa  
Médico

• ACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SEM FEBRE, POSSUI HEMATOMA EM REC GENITAL, COM MELHORIA EM 24H.  
CD: AGUARDO PARECER DA INFECTOLOGIA

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Até 200: 0                                        |          |          |          |          |
| 201 – 250: 02 UI                                  |          |          |          |          |
| 251 – 300: 04 UI                                  |          |          |          |          |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |          |          |          |          |
| CHAMAR PLANTONISTA                                |          |          |          |          |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |          |          |          |          |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |          |          |          |          |
| Horário                                           | 06h      | 11h      | 17h      | 23h      |
| PA                                                | 100 + 70 | 127 x 76 | 126 x 77 | 100 x 70 |
| FC                                                | 100      | 103      | 112      | 80       |
| Tax                                               | 36       | 36,3°C   | 37       | 36,2     |
| FR                                                | 19       | 18       |          |          |
| Evacuação                                         | +        | +        | +        |          |
| Diurese                                           | +        | +        | +        |          |
| Dextro                                            |          |          |          |          |
| Insulina Regular                                  |          |          |          |          |
| SNG                                               |          |          |          |          |
| Dreno                                             |          |          |          |          |

PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTÓDICA



| SETOR: PAAR                          | ENF: 107                                                  | LT: 01      | DN: | DI/HGR: |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|-----|---------|
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |             |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + ANEMIA      |                                                           |             |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO     |     |         |
| 06/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         | S/N/S       |     |         |
|                                      | 2. AVP                                                    | MARCA       |     |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | ACM         |     |         |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                | S/N         |     |         |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   | 08.16.24.38 |     |         |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | S/N         |     |         |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                | 08.16.24.38 |     |         |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC IX DIA                                 | 16.16.24.38 |     |         |
|                                      | 9. FLORAX 1 FLACONETE VO 12/12H                           |             |     |         |
|                                      | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | (14)        |     |         |
|                                      | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     | S/N         |     |         |
|                                      | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       | CONARCO     |     |         |
|                                      | 13. CCGG + SSVV                                           | AUGER       |     |         |
|                                      | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | FABIO       |     |         |

06/08/2019 - 10h - Paciente no leito, verificando SSVV, em boas condições, sem medicações de emergência e segue nos cuidados.

Marlon Tavares Dantas  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 412661-11

8:00 Paciente no leito  
limpo, consciente, hidratado,  
alergias medicamentosas e  
intelectuais graves. S/N: FA

ACIDENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, TEM FERIMENTO ENTRE COXA E NADEGA POR ENCOSTAR NA TRAÇÃO, MAS SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: AGUARDO MELHORIA DA DIARRÉIA PARA PROGRAMAR CIRURGIA.  
SOLICITO EXAMES DE ROTINA

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|
| Até 200: 0       | 301 – 350: 06 UI                 |
| 201 – 250: 02 UI | 351 – 400: 08 UI                 |
| 251 – 300: 04 UI | > 401 ≥ 10 UI Chamar Plantonista |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

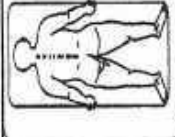
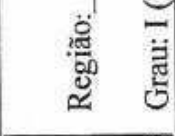
SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h                 | 11h  | 17h      | 23h      |
|------------------|---------------------|------|----------|----------|
| PA               | 128 / 70 / 120 x 70 |      | 120 x 90 | 132 / 72 |
| FC               | 89                  | 68   | 140      | 98       |
| Tax              | -                   | 34.9 | 36.9%    | 36.8%    |
| FR               |                     |      |          |          |
| Evacuação        |                     | (+)  |          |          |
| Diurese          |                     | (+)  |          |          |
| Dextro           |                     |      |          |          |
| Insulina Regular |                     |      |          |          |
| SNG              |                     |      |          |          |
| Dreno            |                     |      |          |          |



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |                              |                |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1               | Versão 08      | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - | Paciente: Gabriel Cavalcanti |                |                    |                     |
|                                                                                     | HGR                     | Leito: 434                   | Data: 06/08/19 |                    |                     |

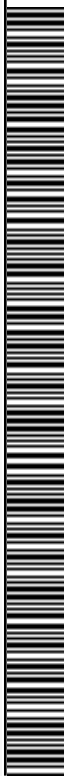
|                                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                        |                                                                                        | Região: Gluteo     |                                                                                        | Região: ML                                                                                                                                               |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II (X) | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I (X) II ( )                                                                                                                                       |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                 | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                 |                    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                 |                                                                                                                                                          |
| Pele Perilesional                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        |                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        |                                                                                                                                                          |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                      | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                      |                    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco<br>( ) Outro:                                                                                      |                                                                                                                                                          |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                            | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                            |                    | ( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               |                    | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               |                                                                                                                                                          |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: AGC                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: AGC                                                |                    | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro:                                                    |                                                                                                                                                          |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário                                                                                                                                                      | ( ) 12/12 (X) Diário                                                                                                                                                      |                    | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Rosângela Miguel Deodoro<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-PA 624 115                  | <br>Rosângela Miguel Deodoro<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-PA 624 115                  |                    | <br>Rosângela Miguel Deodoro<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-PA 624 115                  | <br>Rosângela Miguel Deodoro<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-PA 624 115 |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |

Dr. Jorge Barros Freitas  
Médico  
CRM-FR 2084

12 hrs Paciente Calmo no leito  
Inchizado EC GG ~~7~~ 55VV Med <sup>2</sup> <sub>2</sub>  
Coco C.P.M.

CRISTINA BERTINI CARVALHO DUTRA  
Téc. em Engenharia  
CONEXÃO 487 310 12

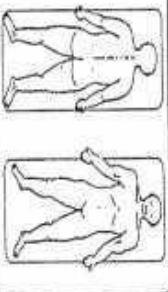
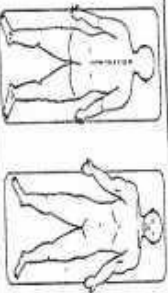
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |                                             |                     |                       |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1                              | Versão: 08          | Elaborada: 02/2013    | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - | Paciente: <u>Edvaldo Cavallante Barbosa</u> | Leito: <u>113-1</u> | Data: <u>07/08/19</u> |                     |
| HGR                                                                                 |                         |                                             |                     |                       |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Região: <u>MLE</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Região: <u></u> |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |                    | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><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<br><input checked="" 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<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                        |                    | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                         |                    | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                             |                 |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                              |                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                    |                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><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: | Salmir Zullin F. da Silva<br>Técnica de Enfermagem<br>CREMER 934.831                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Observações:                            | Larissa Albe M<br>Técnica de Enfermagem<br>CREMER 171.428 - TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |



**PRÉSCRITAÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTODONTICA**

|                                      |                                                           |        |     |                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|-----|---------------------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                  | LT: 01 | DN: | HGR:                |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |        |     |                     |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + DIARRÉIA    |                                                           |        |     |                     |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                |        |     | HORÁRIO             |
| 09/08/2019                           | 1. DIETA ORAL EVRE                                        |        |     | SNS                 |
|                                      | 2. AVP                                                    |        |     | MM/100              |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   |        |     | ACOM                |
|                                      | 4. METRONIDAZOL 500MG EV OU VO 8/8H                       |        |     | 16. 17. 18. 19. 20. |
| D2                                   | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                |        |     | 8                   |
|                                      | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   |        |     | 16. 24              |
|                                      | 7. DRAMIN 1AMERIM 8/8 horas S/N                           |        |     | 8                   |
|                                      | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                |        |     | 16. 17. 18. 19. 20. |
|                                      | 9. CLEXANE 400MG SC 1X DIA                                |        |     | 16. 17. 18. 19. 20. |
|                                      | 10. FLORAX 1 FLACONETE VO 12/12H                          |        |     | 14.                 |
|                                      | 11. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA |        |     |                     |
|                                      | 12. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |        |     |                     |
|                                      | 13. CURATIVO DIÁRIO                                       |        |     |                     |
|                                      | 14. CCGG + SSV                                            |        |     |                     |
|                                      | 15. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |        |     |                     |

*Dra. Heraldo Almeida Costa*  
Medica  
CRM-RN 1963

12:00h. Ofício SSV  
Admin. Med. e Farm.  
18:00 por no leite  
afundo os rins e segue  
na cidade da Enfi.  
Guia

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, TEM FERIMENTO ENTRE COXA E NADEGA POR ENCOSTAR NA TRAÇÃO, MAS SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: INICIO METRONIDAZOL POR ORIENTAÇÃO DA  
INFECTOLOGIA  
SUPORTE CLINICOMANTIDO

**ESQUEMA DE INSULINA REGULAR**

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI     |

CH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

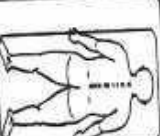
**SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS**

| Horário          | 06h    | 11h     | 17h    | 23h     |
|------------------|--------|---------|--------|---------|
| PA               | 130x80 | 112x65  | 130x80 | 130x80  |
| FC               | 94     | 100     | 103    | 98      |
| Tax              | 36,5   | 34,9 °C |        | 36,3 °C |
| FR               | 20     | 17      |        | 19      |
| Evacuação        | comida |         |        | comida  |
| Diurese          | predio |         |        | predio  |
| Dextro           | 180    |         |        |         |
| Insulina Regular |        |         |        |         |
| SNG              |        |         |        |         |
| Dreno            |        |         |        |         |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                                     |  |                     |                         |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|---------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR |  | Protocolo nº 1      | Versão: 08              | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Paciente: <i>Rafael Cavalcante Barilmo</i>          |  | Leito: <i>113-1</i> | Data: <i>09/08/2019</i> |                    |                     |

| Localização                                                                                                                                                           | Região: <i>MI</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Região:                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | Grau: <i>I</i> ( ) <i>II</i> ( )<br><input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <i>Tracção</i> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |   | Grau: <i>I</i> ( ) <i>II</i> ( )<br><input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <i>Tracção</i> <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| Etiologia                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Aparência do Leito                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pele Perilesional                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de Exsudato                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Solução de Limpeza                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Cobertura primária                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Troca                                                                                                                                                                 | Profissional que realizou procedimento: <i>Francieleide C. Alencar</i><br><i>Técnicas de Enfermagem</i><br><i>CORREN R/R 553058-112</i><br><i>Deivaneide Silva Gomes</i><br><i>Téc. de Enfermagem</i><br><i>CORREN R/R 337.112</i>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Observações:                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

131

|                                      |                                                           |        |     |         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|-----|---------|
| SECTOR: PAAR                         | ENF: 107                                                  | LT: 01 | DN: | D/HGR:  |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |        |     |         |
| HISTÓRIA DE FÊMUR E + ANEMIA         |                                                           |        |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                |        |     | HORÁRIO |
| 08/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FERRO                         |        |     | Sa/5 EI |
|                                      | 2. AVP                                                    |        |     | 14h     |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   |        |     | 14h     |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                |        |     | 14h     |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H                                   |        |     | 14h     |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           |        |     | 14h     |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                |        |     | 14h     |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 |        |     | 14h     |
|                                      | 9. FLORAX 1 FLACONETE VO 12/12H                           |        |     | 14h     |
|                                      | 10. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA |        |     | 14h     |
|                                      | 11. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |        |     | 14h     |
|                                      | 12. CURATIVO DIÁRIO                                       |        |     | 14h     |
|                                      | 13. CCGG + SSVV                                           |        |     | 14h     |
|                                      | 14. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |        |     | 14h     |

Dr. Heredita Costa

Dr. Heredita Costa

100 presente no laboratório  
análise de sangue, urina e fezes.  
Exames e resultados gerais.

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARREIA, TEM FERIMENTO ENTRE COXA E NADEGA POR ENCOSTAR NA TRAÇÃO, MAS SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 23/08.

SUORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                               |                                        |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Até 200: 0                                                | 301 - 350: 06 UI                       |
| 201 - 250: 02 UI                                          | 351 - 400: 08 UI                       |
| 251 - 300: 04 UI                                          | > 401: 10 UI <i>Chamar Plantonista</i> |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL |                                        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                                    |                                        |

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

### SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h   | 11h    | 17h    | 23h   |
|------------------|-------|--------|--------|-------|
| PA               | 80x60 | 120x70 | 120x60 | 80x60 |
| FC               | 101   | 101    | 100    | 101   |
| Tax              | 35.5  | 36     | 36.8   | 36.1  |
| FR               |       |        |        |       |
| Evacuação        |       |        |        |       |
| Diurese          |       |        |        |       |
| Dextro           |       |        |        |       |
| Insulina Regular |       |        |        |       |
| SNG              |       |        |        |       |
| Dreno            |       |        |        |       |



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

SETOR: PAAR

END: 113

LT: 01

DN:

DI/HGR:

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

HD: FRATURA DE FÊMUR + DIARRÉIA

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

10/08/2019

1. DIETA ORAL LIVRE

SND

2. AVP

manhã 10h

D3

3. SF 0,9% 500ML EV ACM

ACM

4. METRONIDAZOL 500MG EV OU VO 8/8H

08.00 - 16.00 24h

5. DIFERONAL 1G EV 6/6H S/N

S/N

6. TRAMAL 100MG EV 8/8H

08.00 - 16.00 24h

7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N

S/N

8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H

08.00 - 16.00 24h

9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

08.00 - 16.00 24h

10. FLORAN 1 FLACONETE VO 12/12H

08.00 - 16.00 24h

11. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA

HOJE NÃO

12. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg

S/N

13. CURATIVO DIÁRIO

curativo

14. CCGG SSVV

12.18 - 14.00

15. FISIOTERAPIA MOTORA

F.S.T.

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, TEM FERIMENTO ENTRE COXA E NADEGA POR ENCOSTAR NA TRAIÇÃO, MAS SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: INICIO METRONIDAZOL POR ORIENTAÇÃO DA INFECTOLOGIA SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0

201 - 250: 02 UI

251 - 300: 04 UI

> 401: 10 UI Chamar Plantonista

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| PA               | 102x73 | 118x64 | 100x63 | 120x70 |
| FC               | 77     | 82     | 65     | 78     |
| Tax              | 36,6   | 36,6   | 36,7   | -      |
| FR               |        |        |        |        |
| Evacuação        |        |        |        |        |
| Diurese          |        |        |        |        |
| Dextro           |        |        |        |        |
| Insulina Regular |        |        |        |        |
| SNG              |        |        |        |        |
| Dreno            |        |        |        |        |

Dr. Helderine Kline Costa

Medica

CRM-MG 1693

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ86M B7NUC HS3ZL DXJMU



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo:

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

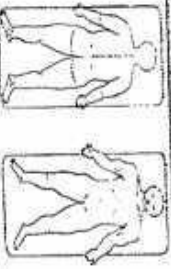
Paciente:

Gabriel Cavalcante Barbosa

Leito: 113-A

Data: 10/08/2019

Localização

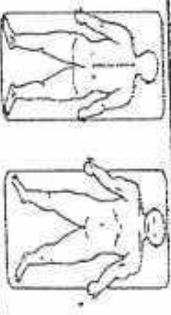


Região: MTE

Grau: I ( ) II ( )

Etiologia

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



Região:

Grau: I ( ) II ( )

Aparência do

- Leito  
 ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor  
 ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
 ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

Pele Periférica

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

Tipo de Exsudato

- ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco  
 ( ) Outro:

Quantidade de

- Exsudato ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de

- ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%

Limpeza

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

Cobertura

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

Tela

- ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Idonide Almeida Araújo  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RN 507.785/TE

Ana Carolina Silva Sousa  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RN 304.522

Observações:



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: Gabriel Cavalcante Barbosa

Data: 14/08/19

Leito: 113-4

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Região: M.I.C.                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Região: _____                                                |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfalelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                       |                                                                         | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfalelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                             |                                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                |                                                              |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                              |                                                                         | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                   |                                                              |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48h                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48h                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Luciene Moreira<br>Enfermeira<br>COREN-RR 453.554                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         | <br>Luciene Moreira<br>Enfermeira<br>COREN-RR 453.554                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div><div><div>HERA</div><div>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR</div></div><div><div>Protocolo nº</div><div>Paciente: <u>Colonel Borges</u></div><div>Leito: <u>13-1</u></div></div><div><div>Versão:08</div><div>Elaborada: 02/2013</div><div>Atualizada: 12/2018</div></div></div> |                                                                                                                                                                                                                            | <div>Data: <u>12/08/19</u></div>                                                                                                                                                           |  |
| Localização                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div><div><div><div></div><div></div></div><div>Região: <u>mtc</u></div></div><div><div><div></div><div></div></div><div>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</div></div></div> | <div><div><div></div><div></div></div><div>Região:</div></div> <div><div><div></div><div></div></div><div>Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</div></div> |  |

163-6

PRÉSCRITAÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

SETOR: PAAR

ENF: 113

LT: 01

DN:

DHGR:

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

HD: FRATURA DE FÊMUR E + DIARRÉIA

DATA/HORA

13/08/2019

PRESCRIÇÃO

1. DIETA ORAL LIVRE

2. AVP

3. SE 0,9% 500ML EV ACM

4. DIFERONAL 100 mg EV 8/8H S/N

5. AMALGAM 100mg EV 8/8H S/N

6. DEXAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N

7. RANTIDINA 1AMP IM 8/8H

8. CLEXANE 400MG SC 1X DIA

9. NORFURUM 1AMP + SE 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA

10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg

11. CURATIVO DIÁRIO

12. CCGG + SSVV

13. FISIOTERAPIA MOTORA

DIAGNÓSTICO

1. FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA ENTIDADE. PACIENTE REFERE DIARRÉIA.

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

SOLICITAÇÕES

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0

201 - 250: 02 UI

251 - 300: 04 UI

> 401: 10 UI Chamar Plantonista

Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h | 17h | 23h |
|------------------|--------|-----|-----|-----|
| PA               | 115x83 |     |     |     |
| FC               | 68     |     |     |     |
| Temp             | 36,30  |     |     |     |
| FR               |        |     |     |     |
| Evacuação        |        |     |     |     |
| Diurese          |        |     |     |     |
| Dextro           |        |     |     |     |
| Insulina Regular |        |     |     |     |
| SNG              |        |     |     |     |
| Dreno            |        |     |     |     |

07-13h - Paciente acordado, L.O.T.E, os 8h indicados AUP em m 50 e glicose 188. Diurese e evacuação presentes. Administrou todas as medicações c.p.m. Cuidados de higiene. Ref. Vasconcelos Kenaty S. Vasconcelos

Téc. de Enfermagem: GOREN-RR 1.248.368

0824791-56.2020.8.23.0010

Projudi

0824791-56.2020.8.23.0010

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ86M B7NUC HS3ZL DXJMU



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                           |        |         |     |         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|---------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                  | LT: 01 | PA:     | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |        |         |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E + DIARRÉIA    |                                                           |        |         |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                |        | HORÁRIO |     |         |
| 12/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                       |        | 6h      |     |         |
|                                      | 2. AVP                                                    |        | 6h      |     |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   |        | 6h      |     |         |
| D5                                   | 4. METRONIDAZOL 500MG EV OU VO 8/8H                       |        | 6h      |     |         |
|                                      | 5. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                |        | 6h      |     |         |
|                                      | 6. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                               |        | 6h      |     |         |
|                                      | 7. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           |        | 6h      |     |         |
|                                      | 8. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                |        | 6h      |     |         |
|                                      | 9. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 |        | 6h      |     |         |
|                                      | 10. FLORAX 1 FLACONETE VO 12/12H                          |        | 6h      |     |         |
|                                      | 11. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |        | 6h      |     |         |
|                                      | 12. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     |        | 6h      |     |         |
|                                      | 13. CURATIVO DIÁRIO                                       |        | 6h      |     |         |
|                                      | 14. CCGG + SSVV                                           |        | 6h      |     |         |
|                                      | 15. FISIOTERAPIA MOTORA                                   |        | 6h      |     |         |

Dr. Henrique Almeida Costa  
CRM: 1305

Plano de tratamento geral:  
de acordo com o realizado  
SSV e medicação de acordo  
com a dor na unha.  
Paciente no leito  
com queixas no tornozelo.  
Medicação com SSV  
que aos 20 dias de tratamento

19-2  
PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, TEM FERIMENTO ENTRE COXA E NADEGA POR ENCOSTAR NA TRACÇÃO, MAS SEM SINAIS DE INFECÇÃO.  
CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                   |                  |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| PA               | 120x80 | 109x67 | 130x70 | 110x60 |
| FC               | 74     | 92     | 99     | 78     |
| Tax              | 36b    | 36-1   | 36-2   | 36-1   |
| FR               |        |        |        |        |
| Evacuação        |        |        |        |        |
| Diurese          |        |        |        |        |
| Dextro           |        |        |        |        |
| Insulina Regular |        |        |        |        |
| SNG              |        |        |        |        |
| Dreno            |        |        |        |        |

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

SETOR: PAAR

ENF: 113

LT: 01

DN:

DI/HGR:

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

NT

HD: FRATURA DE FÊMUR E + DIARRÉIA

RR

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

13/08/2019

1. DIETA ORAL LIVRE

IV

2. AVP

3. SF 0,9% 500ML EV ACM

EA

4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N

5. AMAL 100MG EV 8/8H S/N

EV

6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N

7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H

7h

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA

10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg

11. CURATIVO DIÁRIO

12. CCGG + SSVV

13. FISIOTERAPIA MOTORA

06:00 SSPV  
CPA = 106/68 mmHg  
FC = 77 bpm  
TAX = 36,6 °C

07-13h - Paciente acordado, L.O.T.E., às 8h indicados AUP em m SD e glicose 18. Divulgar e evacuação presante. Administrar todos medicamentos C.P.M... segue aos cuidados da equipe. Ref. Kenany S Vasconcelos Téc. de Enfermagem COREN-RR 1.248.968

712-1

NTE COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS, DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISÚRIA.

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

SOLICITO EAS

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0

201 - 250: 02 UI

251 - 300: 04 UI

> 401: 10 UI Chamar Plantonista

GII 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h | 17h | 23h    |
|------------------|--------|-----|-----|--------|
| PA               | 115x83 |     |     | 100x65 |
| FC               | 68     |     |     | 109    |
| Tax Temp.        | 36,30  |     |     | 36,60  |
| FR               |        |     |     |        |
| Evacuação        |        |     |     |        |
| Diurese          |        |     |     |        |
| Dextro           |        |     |     |        |
| Insulina Regular |        |     |     |        |
| SNG              |        |     |     |        |
| Dreno            |        |     |     |        |



|                                                     |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |                                           |                  |                    |                     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR |                                                                                                                                        | Protocolo                                                                                                                              | Paciente: <u>Grubir Colabante Barbosa</u> | Versão: <u>1</u> | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2013 |
| Leito: <u>113-1</u>                                 |                                                                                                                                        | Data: <u>13/08/19</u>                                                                                                                  |                                           |                  |                    |                     |
| Localização                                         | Região: <u>MSE</u>                                                                                                                     | Região:                                                                                                                                |                                           |                  |                    |                     |
| Enfermeira                                          | Grav: I ( ) II ( )                                                                                                                     | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                     |                                           |                  |                    |                     |
| Apresentação do Leito                               | ( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: | ( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: |                                           |                  |                    |                     |
| Estado da Ferida                                    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                  |                                           |                  |                    |                     |
| Estado da Ferida                                    | ( ) Normal ( ) Mucurado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:                                                                        | ( ) Normal ( ) Mucurado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:                                                                        |                                           |                  |                    |                     |
| Estado da Ferida                                    | ( ) Sanguinolento ( ) Seroso / gineco ( ) Seco                                                                                         | ( ) Sanguinolento ( ) Seroso / gineco ( ) Seco                                                                                         |                                           |                  |                    |                     |
| Estado da Ferida                                    | ( ) Molhado ( ) Unido ( ) Seco                                                                                                         | ( ) Molhado ( ) Unido ( ) Seco                                                                                                         |                                           |                  |                    |                     |
| Solução de Limpeza                                  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                            | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                            |                                           |                  |                    |                     |
| Cobertura primária                                  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:                                                    | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:                                                    |                                           |                  |                    |                     |
| Estado da Ferida                                    | ( ) 12/12 ( ) 48/48                                                                                                                    | ( ) 12/12 ( ) 48/48                                                                                                                    |                                           |                  |                    |                     |
| Profissional que realizou procedimento:             | <u>Vanessa da Silva Moraes</u><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 065.452-1E                                                         | <u>Vanessa da Silva Moraes</u><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 065.452-1E                                                         |                                           |                  |                    |                     |
| Observação                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |                                           |                  |                    |                     |

PREScrição Médica - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

SETOR: PAAR    ENF: 113    LT: 01    DN:    DI/HGR:

PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

HD: FRATURA DE FÊMUR E

| DATA/HORA  | PRESCRIÇÃO                                               | HORÁRIO     |
|------------|----------------------------------------------------------|-------------|
| 14/08/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      |             |
|            | 2. AVP                                                   | 5:15        |
|            | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                  | 20:45-21:00 |
|            | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               | VACIN       |
|            | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                              |             |
|            | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          |             |
|            | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                               |             |
|            | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                |             |
|            | 9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |             |
|            | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 c/ou PAD > 110mmHg    |             |
|            | 11. CURATIVO DIÁRIO                                      |             |
|            | 12. CCGG + SSVV                                          |             |
|            | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                  |             |

11/15  
Paciente no leito  
mac. ortopédico  
na ginec.

Dr. Jéssica Almeida Costa  
Médica  
CRP-162.1963

7. LIT. COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM ADELORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECÇÃO. PACIENTE REFERE DISÚRIA.

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |     |          |                                 |     |       |
|---------------------------------------------------|-----|----------|---------------------------------|-----|-------|
| Até 200: 0                                        |     |          | 301 - 350: 06 UI                |     |       |
| 201 - 250: 02 UI                                  |     |          | 351 - 400: 08 UI                |     |       |
| 251 - 300: 04 UI                                  |     |          | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |     |       |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |     |          |                                 |     |       |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |     |          |                                 |     |       |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |     |          |                                 |     |       |
| Horário                                           | 06h | 11h      | 17h                             | 23h |       |
| PA                                                |     | 127      | 108                             | 112 | 164   |
| FC                                                |     | 98       | 90                              |     | 84    |
| Tax                                               |     | 36.2     | 36.1                            |     | 36.58 |
| FR                                                |     | -        |                                 |     |       |
| Evacuação                                         |     |          | Presente                        |     |       |
| Diurese                                           |     | Presente |                                 |     |       |
| Dextro                                            |     | -        |                                 |     |       |
| Insulina Regular                                  |     | -        |                                 |     |       |
| SNG                                               |     | -        |                                 |     |       |
| Dreno                                             |     |          |                                 |     |       |



|                                                                                       |                                                        |                       |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>                                                      |                                                        |                       |                 |
| <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>                                                 |                                                        |                       |                 |
| <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                           |                                                        |                       |                 |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                              |                                                        |                       |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                      |                                                        | DIH                   |                 |
| PACIENTE GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                                   |                                                        | AGNOSTI FX DE FEMUR E |                 |
| ALERGIAS                                                                              |                                                        | HAS                   | NEGA            |
| IDADE                                                                                 |                                                        | LEITO                 | 113-1           |
| ITEM                                                                                  |                                                        | PRESCRIÇÃO            | DATA 15/08/2019 |
| HORÁRIO                                                                               |                                                        |                       |                 |
| 1                                                                                     | DIETA ORAL LIVRE                                       |                       |                 |
| 2                                                                                     | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |                       |                 |
| 3                                                                                     | SF 0.9% 500ML EV S/N                                   |                       |                 |
| 4                                                                                     | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |                       |                 |
| 5                                                                                     | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA                              |                       |                 |
| 6                                                                                     | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |                       |                 |
| 7                                                                                     | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITER  |                       |                 |
| 8                                                                                     | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                               |                       |                 |
| 9                                                                                     | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |                       |                 |
| 10                                                                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN               |                       |                 |
| 11                                                                                    | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN                             |                       |                 |
| 12                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 13                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 14                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 15                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 16                                                                                    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |                       |                 |
| 17                                                                                    | SSV + CCGG 6/6 H                                       |                       |                 |
| 18                                                                                    | CURATIVO DIÁRIO                                        |                       |                 |
| 19                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 20                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| 21                                                                                    |                                                        |                       |                 |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                               |                                                        |                       |                 |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                     |                                                        |                       |                 |
| #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. |                                                        |                       |                 |
| #SOLICITADO:                                                                          |                                                        |                       |                 |
| #CONDUITA: MANTIDA                                                                    |                                                        |                       |                 |
| #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                             |                                                        |                       |                 |
| #PREVISÃO DE ALTA:                                                                    |                                                        |                       |                 |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                  |                                                        |                       |                 |
| 6 H                                                                                   | PA                                                     | FC                    | FR              |
| 12 H                                                                                  | 120/80                                                 | 95                    | 76 L            |
| 18 H                                                                                  | 120/80                                                 | 95                    | 76 L            |
| 24 H                                                                                  |                                                        |                       |                 |

Rafael Almeida de S. Campello  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TE

CORREÇÃO DE PRESCRIÇÃO  
CRM-RR 1006-550



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                          |         |     |        |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|-----|--------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                 | LT: 01  | DN: | D/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                          |         |     |        |
| HID: FRATURA DE FÊMUR E              |                                                          |         |     |        |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                               | HORÁRIO |     |        |
| 15/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      | 4h      |     |        |
|                                      | 2. AVP                                                   | 4h      |     |        |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                  | 4h      |     |        |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               | 4h      |     |        |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                              | 4h      |     |        |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          | 4h      |     |        |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                               | 4h      |     |        |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                | 4h      |     |        |
|                                      | 9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | 4h      |     |        |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAID > 110mmHg   | 4h      |     |        |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                      | 4h      |     |        |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                          | 4h      |     |        |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                  | 4h      |     |        |

Dr. Jefferson Aline Costa  
Médica  
CRM-MG 1593

113-1  
IDENTIFICADOR DA FRATURA DE FÊMUR EVOLUINDO COM  
- A HORA DOS SINTOMAS, SE ORIENTA DE DIARRÉIA,  
REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A  
INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DIARRÉIA.  
CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                         |        |                                               |        |        |
|-----------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|--------|--------|
| Até 200: 0                                          |        | 301 - 350: 06 UI                              |        |        |
| 201 - 250: 02 UI                                    |        | 351 - 400: 08 UI                              |        |        |
| 251 - 300: 04 UI                                    |        | > 401: 10 UI <small>Comer Planaltista</small> |        |        |
| GH 50% 40 ml EV, em bolhas, se Glicemia < 70 mg/dL. |        |                                               |        |        |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                              |        |                                               |        |        |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                     |        |                                               |        |        |
| Horário                                             | 06h    | 11h                                           | 17h    | 23h    |
| PA                                                  | 100x60 | 100x50                                        | 120x80 | 100x60 |
| FC                                                  | 68     | 46                                            | 78     | 58     |
| Tax                                                 | 36x    | 40x56                                         | 26x12  | 36x    |
| FR                                                  |        |                                               |        |        |
| Exatidão                                            | +      |                                               |        |        |
| Diurese                                             | Pouca  |                                               |        |        |
| Dextro                                              |        |                                               |        |        |
| Insulina Regular                                    |        |                                               |        |        |
| SNG                                                 |        |                                               |        |        |
| Dreno                                               |        |                                               |        |        |



|                                                                                        |        |       |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|------|------------|
| <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>                                                       |        |       |      |            |
| <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>                                                  |        |       |      |            |
| <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>                                            |        |       |      |            |
| <b>Prescrição Médica</b>                                                               |        |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                       |        |       |      |            |
| PACIENTE GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA                                                    |        |       |      |            |
| AGNOSTICADA FX DE FEMUR E                                                              |        |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                               |        |       |      |            |
| IDADE                                                                                  | HAS    | NEGA  | DM2  | NEGA       |
| ITEM                                                                                   | LEITO  | 113-1 | DATA | 22/08/2019 |
| PRESCRIÇÃO                                                                             |        |       |      |            |
| HORÁRIO                                                                                |        |       |      |            |
| 1. DIETA ORAL LIVRE                                                                    |        |       |      |            |
| 2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                            |        |       |      |            |
| 3. SF 0.9% 500ML EV S/N                                                                |        |       |      |            |
| 4. DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                                           |        |       |      |            |
| 5. CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA                                                           |        |       |      |            |
| 6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN                             |        |       |      |            |
| 7. NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE                               |        |       |      |            |
| 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                                            |        |       |      |            |
| 9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                                                     |        |       |      |            |
| 10. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN                                           |        |       |      |            |
| 11. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN                                                         |        |       |      |            |
| 12.                                                                                    |        |       |      |            |
| 13.                                                                                    |        |       |      |            |
| 14.                                                                                    |        |       |      |            |
| 15.                                                                                    |        |       |      |            |
| 16. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                |        |       |      |            |
| 17. SSV + CCGG 6/6 H                                                                   |        |       |      |            |
| 18. CURATIVO DIÁRIO                                                                    |        |       |      |            |
| 19.                                                                                    |        |       |      |            |
| 20.                                                                                    |        |       |      |            |
| 21.                                                                                    |        |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:                     |        |       |      |            |
| 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 |        |       |      |            |
| DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                       |        |       |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                       |        |       |      |            |
| # ENCONTRO PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM                 |        |       |      |            |
| QUEIXAS ALGICAS                                                                        |        |       |      |            |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,                        |        |       |      |            |
| NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUETELICA.                             |        |       |      |            |
| # SÓCITO:                                                                              |        |       |      |            |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                     |        |       |      |            |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                             |        |       |      |            |
| # PREVISÃO DE ALTA:                                                                    |        |       |      |            |
| SINAIS VITAIS                                                                          |        |       |      |            |
| 6 H                                                                                    | PA     | FC    | FR   |            |
| 12 H                                                                                   | 130x80 | 72    | 36°C | 36.4°C     |
| 18 H                                                                                   | 130x80 | 80    |      |            |
| 24 H                                                                                   | 130x80 | 80    |      |            |

13:15h - P.T. no leito, sem queixas  
Respiração está de acordo p/ CH,  
curva programada, o período de  
insuficiência cardíaca  
Técnico em Enfermagem  
CORREN-RR 908883 IV

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1243 / RQE: 550



| Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas -<br>HGR |                                                                                                                                                                                                | Protocolo: <u>1</u>                                                                                                                                                                            | Versão: <u>1</u> | Embrada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Paciente: <u>GABRIEL CAVALCANTE</u>                       |                                                                                                                                                                                                | Leito: <u>403-J</u>                                                                                                                                                                            |                  |                  |                     |
| Data: <u>25/08/2020</u>                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                     |
| Localização                                               | Região: <u>MI</u><br>Grau: <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u> <u>VI</u> <u>VII</u> <u>VIII</u> <u>IX</u> <u>X</u> <u>XI</u> <u>XII</u>                                           | Região: <u>MI</u><br>Grau: <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u> <u>VI</u> <u>VII</u> <u>VIII</u> <u>IX</u> <u>X</u> <u>XI</u> <u>XII</u>                                           |                  |                  |                     |
| Etiologia                                                 | ( ) L.P. I II III IV V* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tratado</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:                                              | ( ) L.P. I II III IV V* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tratado</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:                                              |                  |                  |                     |
| Aparência do<br>Leito                                     | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: |                  |                  |                     |
| Pele Periférica                                           | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo<br>( ) Outro:                                                                                                                     | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo<br>( ) Outro:                                                                                                                     |                  |                  |                     |
| Quantidade de<br>Exsudato                                 | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                 | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                 |                  |                  |                     |
| Limpeza                                                   | ( ) Solução fisiológica 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                                                                                 | ( ) Solução fisiológica 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                                                                                 |                  |                  |                     |
| Cobertura                                                 | ( ) Gaze ( ) Colágeno / Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                         | ( ) Gaze ( ) Colágeno / Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                         |                  |                  |                     |
| Observações                                               | <p><u>Primo da Pele</u><br/>Técnica de Enfermagem<br/>COREM-RR 818.356</p> <p><u>Atualização</u><br/>Atualização de Enfermagem<br/>COREM-RR 359.303</p> <p><u>Diário</u> ( ) 48/48h</p>        |                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                     |



14

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                                            |            |        |         |     |        |
|------------------------------------------------------------|------------|--------|---------|-----|--------|
| SETOR: PAAR                                                | ENF: 113   | LT: 01 | A:      | DN: | D/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA E:                    |            |        |         |     |        |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E                                     |            |        |         |     |        |
| DAT: 16/08/2019                                            | PRESCRIÇÃO |        | HORÁRIO |     |        |
| 1. DIETA ORAL LIVRE                                        |            |        |         |     |        |
| 2. AVP                                                     |            |        |         |     |        |
| 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                    |            |        |         |     |        |
| 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                 |            |        |         |     |        |
| 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                                |            |        |         |     |        |
| 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                            |            |        |         |     |        |
| 7. RANITIDINA 1AMP 8/8H EV                                 |            |        |         |     |        |
| 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                  |            |        |         |     |        |
| 9. NORFLOXACIM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA |            |        |         |     |        |
| 10. Carprofil 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg      |            |        |         |     |        |
| 11. CURATIVO DIÁRIO                                        |            |        |         |     |        |
| 12. CCGG + SSVV                                            |            |        |         |     |        |
| 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                    |            |        |         |     |        |

Ass: 10:00h Prescritor: Aline Costa  
Segue Sem Quesos, Evitando carnes secas e fermentos  
Rosiene Garcia P. Mendes  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE

14:30h Recebido do PAC. em  
15/08/2020.  
Biot. medicab C.R.M. e clíni-  
ca de 5500  
Gentia dos Santos Pereira  
Técnica de enfermagem  
COREN-RR 551.386-TE

COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUINA DE DIARREIA, REALIZADO METRONIDAZOL, POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DISSURIA.

CD: SE PORTE CLÍNICO MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                   |                  |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| PA               | 136/80 | 130/71 | 107/62 | 117/68 |
| FC               | 75     | 89     | 90     | 88     |
| Tax              | 76,4   | 36,6   | 36,6   |        |
| FR               |        | 19     | 18     |        |
| Evacuação        |        | +      | -      |        |
| Diurese          |        | +      | +      |        |
| Dextro           |        | -      | -      |        |
| Insulina Regular |        | -      | -      |        |
| SNG              |        | -      | -      |        |
| Dreno            |        | -      | -      |        |

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                          |        |     |         |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                 | LT: 01 | DN: | SD/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                          |        |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                          |        |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                               |        |     | HORÁRIO |
| 21/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      |        |     | 24      |
|                                      | 2. AVP                                                   |        |     | 8:00    |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                  |        |     | marcar  |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               |        |     | vacar   |
|                                      | 5. TRAMMAL 100MG EV 8/8H S/N                             |        |     | IM      |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          |        |     | MP      |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                               |        |     | 24      |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                |        |     | 24      |
|                                      | 9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |        |     | 44      |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110 mmHg   |        |     | 24      |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                      |        |     | 24      |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                          |        |     | V       |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                  |        |     | 1A      |

Dr. Alexandre Costa  
Clínica Médica Ortopédica

113-1

ENTRADA DE FÊMUR - EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARREIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA EFECTO. PACIENTE REFERE DISURIA E QUADRO DE FEBRE

CD: SOLICITO EAS

SUPORTE CLÍNICO

MANTIDO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 08 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 08 UI | > 401: 10 UI     |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| PA               | 136/70 | 140+40 | 127/77 | 128/70 |
| FC               | 80     | +5     | 86     | 92     |
| Tax              | 36,0%  | 36%    | 35,7%  | 35,6%  |
| FR               |        | 19     |        |        |
| Evacuação        |        |        |        |        |
| Diurese          |        | +      |        |        |
| Dextro           |        | -      |        |        |
| Insulina Regular |        | -      |        |        |
| SNG              |        | -      |        |        |
| Dreno            |        | -      |        |        |



**PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**

|                                      |                                                          |             |     |        |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|-----|--------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                 | LT: 01      | DN: | D/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                          |             |     |        |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                          |             |     |        |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                               | HORÁRIO     |     |        |
| 17/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      | SND         |     |        |
|                                      | 2. AVP                                                   | manha       |     |        |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                  | ACM         |     |        |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               | SN          |     |        |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                              | SN          |     |        |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          | SN          |     |        |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                               | 08 SN 24h   |     |        |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                | 16h         |     |        |
|                                      | 9. NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA | SEG (14) SN |     |        |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110 mmHg   | Curativo    |     |        |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                      | rotina      |     |        |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                          | PST         |     |        |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                  |             |     |        |

*Dra. Helleneline Costa*  
Médica  
CRM-RR 1963

*Ata de consulta médica com CRM, aferido  
e assinado pelo Dr. Dr.*

*Peritudo da Silva*  
Tecnico de Enfermagem  
CRM-RR 30

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM MELHORIA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARREIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIA DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INECTO. PACIENTE REFERE DISURIA.

CD: SUPORTE CLINICO MANTIDO

**ESQUEMA DE INSULINA REGULAR**

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Até 200: 0       | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI     |

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS**

| Horário          | 06h | 11h | 17h      | 23h |
|------------------|-----|-----|----------|-----|
| PA               |     |     | 130 x 90 |     |
| FC               |     |     | 76       |     |
| Tax              |     |     |          |     |
| FR               |     |     |          |     |
| Evacuação        |     |     |          |     |
| Diurese          |     |     |          |     |
| Dextro           |     |     |          |     |
| Insulina Regular |     |     |          |     |
| SNG              |     |     |          |     |
| Dreno            |     |     |          |     |

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_  
1) Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
Cruzeiro de Parentesco: \_\_\_\_\_  
Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico  
Confirma que explicou detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o  
propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima  
descritos. Acreditado que o paciente/responsável entendeu o que explicou.  
Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_  
Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_  
Assinatura/carteira do Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Boa Vista, 17 de 08 de 2019  
4) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária  
estarei sendo transferido para Hospital de Referência;  
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.

Sou informado que a internação no Hospital de Referência justifica-se pela necessidade de  
serem mantidos cuidados médicos- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital  
Geral de Referência, 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;

Declaro que:  
pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Referência-HGR.  
Sou informado 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  
Declaro que:  
1) Fui informado que a internação no Hospital de Referência justifica-se pela necessidade de  
serem mantidos cuidados médicos- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital  
Geral de Referência, 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;

Eu Gabriel Tavares Barbosa  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
RETAGUARDA  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE  
113-T  
Umarado  
JUN 20



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                           |        |         |         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|---------|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                  | LT: 01 | UF DN:  | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                           |        |         |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                           |        |         |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                                | A      | HORÁRIO |         |
| 18/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                       | A      | 10h     |         |
|                                      | 2. AVP                                                    | A      | 10h     |         |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV ACM                                   | A      | 10h     |         |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                | A      | 10h     |         |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                               | A      | 10h     |         |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                           | A      | 10h     |         |
|                                      | 7. KANITIDINA 1AMP IM 8/8H                                | A      | 10h     |         |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC IX DIA                                 | A      | 10h     |         |
|                                      | 9. NORPUPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEQ, QUARTA E SEXTA | A      | 10h     |         |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg     | A      | 10h     |         |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                       | A      | 10h     |         |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                           | A      | 10h     |         |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                   | A      | 10h     |         |

*Dra. Hellen Aline Costa*  
Médica  
CRM-RR 1963

ATENÇÃO: COM FRATURA DE FÊMUR, EVOLUINDO COM MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA, REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA INECTO. PACIENTE REFERE DISURIA.

CD: SUPORTE CLÍNICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |     |                             |        |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----------------------------|--------|-----|
| Até 200: 0                                        |     | 301 - 350: 06 UI            |        |     |
| 201 - 250: 02 UI                                  |     | 351 - 400: 08 UI            |        |     |
| 251 - 300: 04 UI                                  |     | > 401: 10 UI Chamar Plantão |        |     |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |     |                             |        |     |
| REGISTRO DE ENFERMAGEM                            |     |                             |        |     |
| SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS                   |     |                             |        |     |
| Horário                                           | 06h | 11h                         | 17h    | 23h |
| PA                                                |     | 128/80                      | 100/60 |     |
| FC                                                |     | 105                         | 58     |     |
| Tax                                               |     | 36.1                        | 36.0   |     |
| FR                                                |     | -                           | -      |     |
| Evacuação                                         |     |                             |        |     |
| Diurese                                           |     |                             |        |     |
| Dextro                                            |     |                             |        |     |
| Insulina Regular                                  |     |                             |        |     |
| SNG                                               |     |                             |        |     |
| Dreno                                             |     |                             |        |     |

Sem aparelho de PA. e termômetro

Sem aparelho de PA e termômetro

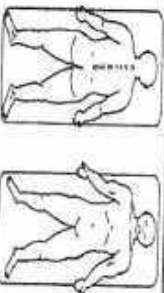
Sem aparelho de PA e termômetro

Sem aparelho de PA e termômetro



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |  |                                      |              |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------------------|--------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em |  | Protocolo nº 1                       | Versão: 08   | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - |  | Paciente: Gabriel Cavalcante Barbosa | Leito: 113.1 | Data: 18/08/19     |                     |
| HGR                                                                                 |                         |  |                                      |              |                    |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                          |                                                                                      |  |         |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|
| Localização                             |                                                                                                                     |  | Região: M.T. E                                                                                                           |  |  | Região: |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: |  | Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                   |                                                                                      |  |         |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                          |  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros |                                                                                      |  |         |
| Pele Perilesional                       | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                |  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                       |                                                                                      |  |         |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                               |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                      |                                                                                      |  |         |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                    |  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                           |                                                                                      |  |         |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                   |  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                              |                                                                                      |  |         |
| Cobertura primária                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                            |  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                   |                                                                                      |  |         |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                   |  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                          |                                                                                      |  |         |
| Profissional que realizou procedimento: | Romângelo Miguel Deodoro<br>TCC - Enfermagem<br>COREN-SP 029.103                                                                                                                                      |  | Larissa Alves Mora<br>TCC - Enfermagem<br>COREN-SP 12.475.53 - TE                                                        |                                                                                      |  |         |
| Observações:                            | ( )<br>( )<br>( )                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                          |                                                                                      |  |         |



**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA**

|                                      |                                                         |        |     |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                                | LT: 01 | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                         |        |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                         |        |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                              |        |     | HORÁRIO |
| 19/08/2019                           | 1. DIETA ORAL LIVRE                                     |        |     | SP 5    |
|                                      | 2. AVP                                                  |        |     | MAA/PTA |
|                                      | 3. SF 0,9% 500ML EV AZM                                 |        |     | ACW     |
|                                      | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                              |        |     | 18:30   |
|                                      | 5. TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                             |        |     |         |
|                                      | 6. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                         |        |     |         |
|                                      | 7. RANITIDINA 1AMP IM 8/8H                              |        |     | 8-16:30 |
|                                      | 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA                               |        |     | 16-24   |
|                                      | 9. NORIPURUM 1AMP SF 0,9% 250ML EV SEG. QUARTA E SEXTA  |        |     | 14:30   |
|                                      | 10. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAID > 110 mmHg |        |     |         |
|                                      | 11. CURATIVO DIÁRIO                                     |        |     |         |
|                                      | 12. CCGG + SSVV                                         |        |     |         |
|                                      | 13. FISIOTERAPIA MOTORA                                 |        |     |         |

32h Freqüente na consulta  
me dito, 500. Urinogel, com  
exames da urina, segue  
com a medicação e a evolução  
é satisfatória.

*Dra. Heleny Patrícia Costa*  
Médica  
CRM-PR 1963

Assinatura dos responsáveis  
Técnicos em Enfermagem  
COREN-PR 001.013763 RE

4. ATE COM FRATURAS DE FÊMUR, EVOLUINDO COM  
MELHORA DOS SINTOMAS, SE QUEIXA DE DIARRÉIA,  
REALIZADO METRONIDAZOL POR 5 DIAS DE ACORDO COM A  
INDICAÇÃO DA INFECTO. PACIENTE REFERE DISÚRIA.

113-1

CD: SUPORTE CLÍNICO MANEJO

**ESQUEMA DE INSULINA REGULAR**

| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI |
|---------------------------------------------------|------------------|
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, empollus, se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS**

| Horário          | 06h    | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| PA               | 112/64 | 100/73 | 118/48 | 100/60 |
| FC               | 101    | 93     | 116    | 104    |
| Tax              | 20     | 26.3%  | 37.4%  | 27%    |
| FR               |        |        | —      |        |
| Evacuação        |        |        |        |        |
| Diurese          |        |        |        |        |
| Dextro           |        |        |        |        |
| Insulina Regular |        |        |        |        |
| SNG              |        |        |        |        |
| Dreno            |        |        |        |        |

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

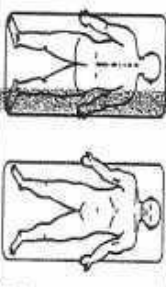
Gabriel Raulcane

Barbosa

Leito: 413-1

Data: 16/08/19

Localização



Região: M1D

Grau: I ( ) II (X)

Etiologia

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

Aparência do  
Leito

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outro:

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de  
Exsudato

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco

Solução de  
Limpeza

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

Cobertura  
primária

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

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

Profissional que  
realizou  
procedimento:Renata Silva Rodrigues  
COBEN-PR-0129-AELARISSA ALVES  
Téc. em Enfermagem  
COBEN-PR-1247-AE

Observações:





## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

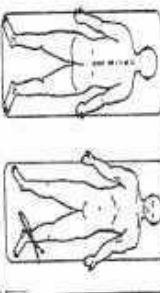
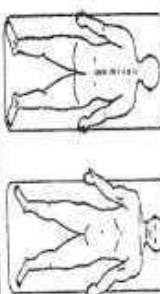
Gabriel Calabrante Barbosa

Leito:

113-3

Data: 19/08/19

19

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Região: <u>ME</u>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Região: _____                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LLP 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<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Fratura</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> LLP 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<br><input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )                                                                                                                                                                                                      |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfâcelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                       | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfâcelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><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<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                         |
| Pele Perilesional                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema <input checked="" type="checkbox"/> Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                         | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                       | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                       |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                     | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                     |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 12/12 <input 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: | Vanessa da Silva Moura<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 965 152 TF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Joana Dora Paiva Loureiro<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 407.031 - TE                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           |



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA

|                                      |                                                       |        |     |         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR                          | ENF: 113                                              | LT: 01 | DN: | DI/HGR: |
| PACIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA |                                                       |        |     |         |
| HD: FRATURA DE FÊMUR E               |                                                       |        |     |         |
| DATA/HORA                            | PRESCRIÇÃO                                            |        |     | HORÁRIO |
| 20/08/2019                           | DIETA ORAL LIVRE                                      |        |     | S/D     |
|                                      | AVP                                                   |        |     | AVP     |
|                                      | SF 0,9% 500ML EV ACM                                  |        |     |         |
|                                      | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                               |        |     |         |
|                                      | TRAMAL 100MG EV 8/8H S/N                              |        |     |         |
|                                      | DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N                          |        |     |         |
|                                      | RANITIDINA 1AMP EV 8/8H                               |        |     |         |
|                                      | CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                |        |     |         |
|                                      | NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 250ML EV SEG, QUARTA E SEXTA |        |     |         |
|                                      | D. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg  |        |     |         |
|                                      | 1. CURATIVO DIÁRIO                                    |        |     |         |
|                                      | 2. CCGG + SSVV                                        |        |     |         |
|                                      | 3. FISIOTERAPIA MOTORA                                |        |     |         |

*Dr. Med. Nilton Costa*  
Medica  
CRM-RR 1963

*12/10/2020 - 12/10/2020 - 12/10/2020*

113-1

113-1

GP: SUPORTE CLINICO MANTIDO

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |                  |                    |  |
|---------------------------------------------------|------------------|--------------------|--|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI |                    |  |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI |                    |  |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI     | Chamar Plantonista |  |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                  |                    |  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS

| Horário          | 06h | 11h    | 17h    | 23h    |
|------------------|-----|--------|--------|--------|
| PA               |     | 141/93 | 134/74 | 124/72 |
| FC               |     | 110    | 93     | 82     |
| Tax              |     | 36.5c  | 36     | 36.2c  |
| FR               |     | 21     | —      |        |
| Exatuação        |     | +      |        |        |
| Diurese          |     | +      |        |        |
| Dextro           |     | —      |        |        |
| Insulina Regular |     | —      |        |        |
| SNG              |     | —      |        |        |
| Dreno            |     | —      |        |        |



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 6.0

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Gabriel CavalcanteLeito: 113,1Data: 20/08/19

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Região: <u>MIÉ</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Região: <u>MIÉ</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                   |
| Pele Perilesional                       | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                   |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                          |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><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: | <u>Maria de Fátima N. Viana</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN/RN 48.709                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <u>Jucilene Moreira</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN/RN 48.564                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |





Samuel Cavallant  
 Bmboaz

93, 08, 15 Data

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *fratura do maxilar + fratura do maxilar + fratura do maxilar* (3)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *tratamento cirúrgico de fratura* (3)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *fratura do maxilar*

|                  |                    |  |  |  |          |
|------------------|--------------------|--|--|--|----------|
| CIRÚRGIO:        | <i>R. Wilson</i>   |  |  |  |          |
| AUXILIAR:        | <i>Dr. Paulo</i>   |  |  |  |          |
| AUXILIAR:        | <i>Dr. Pedro</i>   |  |  |  |          |
| INSTRUMENTADORA: | <i>Dr. Schmalz</i> |  |  |  |          |
| ANESTESIA:       |                    |  |  |  |          |
| ANESTÉSISTAS:    |                    |  |  |  |          |
| FIM:             |                    |  |  |  | DURAÇÃO: |
| INÍCIO:          |                    |  |  |  |          |

Dr. Anderson  
 Médico  
 Cirurgião e Traumatologista  
 CRM-RN 733 RQE 076

RELATORIO CIRURGICO

1) Plante en D.D.H. des années  
2) Arbre et arbrisseaux  
(3) Flocage de tronc et écorce  
(4) Insectes latents + charbon par pénétration  
(5) Vers à terre de grande dimension  
(6) Rats de maisons dérangés par  
leurs  
(7) Animaux domestiques ou sauvages  
(8) Fruits de paille  
(9) Fruits  
(10) Fruits de la forêt  
(11) Fruits  
(12) Fruits





[illegible]



ESTADO DE RORAIMA

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                                            |                             |                                                       |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO:</b><br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                       |                             | <b>Nome do Paciente:</b><br>Gabriel Cavalcanti Bastos |                                                               |
| <b>Especialidade:</b><br>Oftalmologia                                      | <b>Local:</b><br>Enfermaria | <b>Plano de Saúde:</b><br>04                          | <b>CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:</b><br>01 |
| <b>Procedimento realizado:</b><br>Limpeza cirúrgica e aplicação de colírio |                             | <b>Quantidade de colírio:</b><br>01                   |                                                               |
| <b>Assinatura cirúrgica:</b><br>(Assinatura)                               |                             | <b>Assinatura do enfermeiro:</b><br>(Assinatura)      |                                                               |
| <b>Assinatura do médico:</b><br>(Assinatura)                               |                             | <b>Assinatura do paciente:</b><br>(Assinatura)        |                                                               |

**Dr. Anderson P. Silva**  
 Médico  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1783 RQE 676

**Dr. Roberto Gonçalves**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1075 RQE 604

| ITEM         | DESCRIÇÃO DO ITEM    | UNID. | QUANT. | VALOR |
|--------------|----------------------|-------|--------|-------|
| 01           | Fio de Kirschner 4,0 | 1     | 01     |       |
| <b>TOTAL</b> |                      |       |        |       |



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM E PREVENÇÃO DE RISCOS

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a): Juliane Hora: 08:30 Data: 23/08/19

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                             |  | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                     |  | HORÁRIO E CHECAGEM |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA                                                                                             |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração                     |  | <input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA                                              |  |                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos |  | <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipotermia)                                    |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Manter o equilíbrio básico          |  | <input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações                                                                                        |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável                   |  | <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor e de hipotermia)                                            |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Hipoglicemia                        |  | <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor e de hipotermia)                                            |  |                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada   |  | <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)                                         |  |                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade                        |  | <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl                 |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Dor aguda                           |  | <input type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações                                                                       |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Controle da dor                              |  | <input type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / alterações                                                     |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente                                                                            |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar permeabilidade das vias aéreas  |  | <input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de alergia                                                                                     |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas                                      |  | <input type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)                              |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                                    |  | <input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica                                                                                    |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Controle de ansiedade                        |  | <input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar                                                                      |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Confusão                                     |  | <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica                                                                                   |  |                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicação                       |  | <input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas                                                                                     |  |                    |  |
|                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição                                                                       |  |                    |  |
|                                                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                      |  |                    |  |
|                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                 |  |                    |  |
|                                                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório                                                          |  |                    |  |

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente chegou na sala para cirurgia de osteossíntese de fêmur esquerdo, realizou procedimento de cateter venoso de demora n.º 18, TOT n.º 9,5, oxigenioterapia nas vias aéreas tipo oxilox EV por dois segundos, puleiras em MMSS. Cirurgia realizada por apresentar secreção purulenta no sítio operatório, feito coleta para análise de culturas. Realizado limpeza no local da incisão e curativo.

SUV = PA: 115/85 S02: 100%. FC: 104. Circunferência para RPA: 400 ml.

Atualizado pelo Nucleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

Responsável: Juliane

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

## ANTES DA INCISÃO

Paciente: Gabriel Cavalcante Barbosa  
 Nome do Cirurgião: Dr. Pedro Lladu son

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ON.FILMOU:

(X) Identificação de  
 (X) Sítio Cirúrgico  
 (X) Procedimento  
 ( ) Sim ( ) Não

REVISÃO CIRÚRGICA  
 (X) Aplicar ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEPARTAMENTO  
 (X) Sim ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
 ( ) CONJUNTO

(X) EXAME TOQUE DE PULSO NO PACIENTE EM  
 FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI  
 ALERGIA CONHECIDA  
 (X) Não ( ) Sim, Qual:

UMA ÁREA DIFÍCIL/INUSC DE ASPIRAÇÃO  
 (X) Não ( ) Sim

QUANTIDADE DE SANGÜINEA > 500 ml  
 (X) Não ( ) Sim

(X) Sim, e se, so decoroso adequado e planejamento  
 para fluidos

Data: 23.08.19 Assinatura: Paulo Roberto de Lima Hora: 09:25

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

## ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (SALA DE OPERAÇÕES)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
 REGISTRADO  
 (X) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS  
 CIRÚRGICOS, COMPRESSA E AGULHAS  
 ESTÃO CORREITAS  
 (X) Sim ( ) Não se Aplica

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

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

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

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

Quantidade de SANGÜINEA > 500 ml  
 (X) Sim ( ) Não se aplica

Data: 23.08.19 Assinatura: Paulo Roberto de Lima Hora: 09:25





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## Receituário

NOME:

Gabriel Cavalcanti

Leito em tratamento fratura  
supracondilária fêmur (L), mantendo-se em  
fêmur (L) há 6 meses.

As 2 fraturas consolidadas  
ausente de déficit funcionalidade.  
Folha de flexão em 100°.  
Liberar carga completa.

DATA: 19, 4, 20

Dr. Vitor Montenegro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-RR 868

ASSINATURA E CARIMBO





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

NOME

Gabriel C. Barbosa

RECEITUÁRIO

Solicito confecção de  
palminha para MZ(E) com  
1,0 cm de altura.

Dr. Vitor Montenegro  
Traumato / Ortopedia  
CRM-RR 888

DATA

23/6/20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Bos Vista RR  
CEP 69.301-150 - CNPJ 04.013.408/0001-99  
Telefone 2121 7474







GOVERNO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
DEPARTAMENTO RADIODIAGNÓSTICO

NOME: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

IDADE: 18

SEXO: M

REG.: 4051

DATA: 01.06.2020

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. VITOR MONTENEGRO

EXAME: RX. ESCANOMETRIA

LAUDO MÉDICO

Membro inferior direito: 89.8cm    Membro inferior esquerdo: 88.1cm

- O membro inferior esquerdo é cerca de 1.7cm mais curto que o membro inferior direito, segundo "método Farril".

- Correlacionar com dados clínicos.

Dra. Anna Paula de Castro Machado  
CRM/RR1672

  
Dr. Paulo Ernesto Coelho de Oliveira  
CRM/RR 095

C. E. CORONEL MOTA - CECM  
RUA: CORONEL PINTO - 636 - BAIRRO: CENTRO  
CEP: 69301150 - BOA VISTA - RR  
FONE : 2121-7484





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

**PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR**

|                                          |  |                                       |            |
|------------------------------------------|--|---------------------------------------|------------|
| REG: 3560/2019                           |  | D.N.:                                 |            |
| NOME: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA         |  | IDADE: 17 ANOS                        | SEXO: MASC |
| EXAME: USG. PARTES MOLES - COXA ESQUERDA |  |                                       |            |
| PROCEDÊNCIA: BLOCO - A / 1131            |  | MÉDICO SOLICITANTE: DRA HEVELIN COSTA |            |

**LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO**

O exame realizado com equipamento dinâmico e transdutor linear de alta frequência:

**ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES**

Exame orientado para avaliação da coxa esquerda.

Pele sem anormalidades detectáveis, tecido subcutâneo espessado e heterogêneo.

Presença de coleção bem delimitada no plano muscular medindo 11,3 x 2,4 x 3,9 cm (volume estimado em 54,9 ml), contendo material heterogêneo.

Planos musculares de aspecto preservado.

**CONCLUSÃO:**

Coleção líquida no plano muscular com volume estimado em 47,0 ml.  
Restante do exame sem particularidades.

Correlacionar com os dados clínicos e exames complementares.

Boa Vista - RR, 31/8/2019 16:15

Dr. Rafael Carapaica  
CRM-RR 505

Dr. Rafael Carapaica  
CRM-505/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto  
CEP: 69360-000, Boa Vista - RR. Telefone: (095) 2121-0600  
E-mail: hosprsb@ibest.com.br





Laudo

Paciente com fratura supracondilar  
de fêmur + fratura transtrocantérica  
fêmur @.

no momento com infecção  
intraoperatória em sítio cirúrgico  
fêmur/pa/ho @

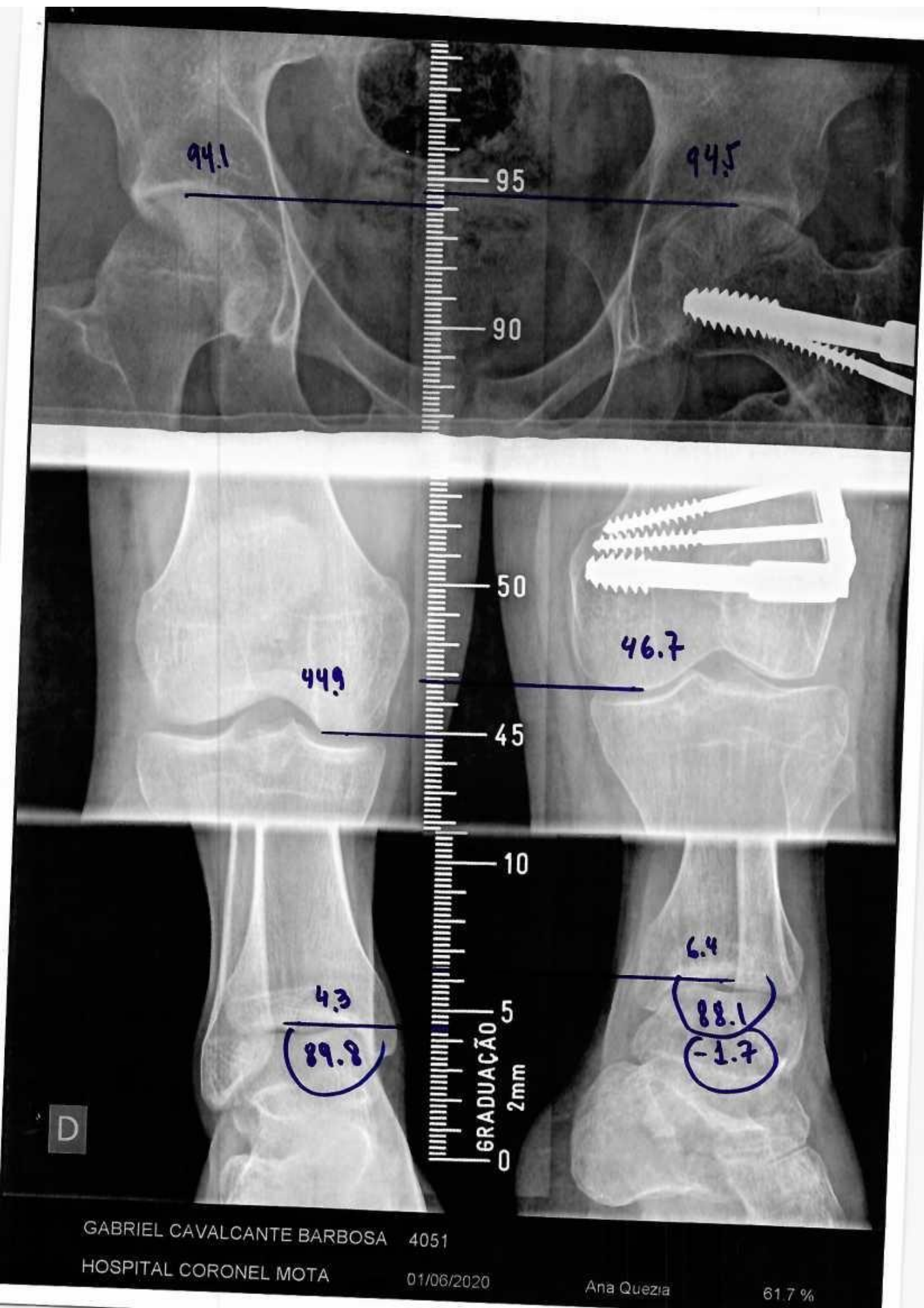
necessita de controle antibiótico  
+ osteossintese de fêmur distal e  
fêmur proximal @.

# uso de Haste intramedular  
e Placa condilar bloqueada

Valor cirúrgico = 70.000,00  
incluindo 2 cirurgias ortopédicas  
+ instrumentais + todos materiais  
ortopédicos + arco cirúrgico +  
Estadia Hospitalar no Hospital  
de L. S. (H.L.)

23/08/2019

Dr. Ilderson P. Silva  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 676





01/06/2020

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 4051  
HOSPITAL CORONEL MOTA

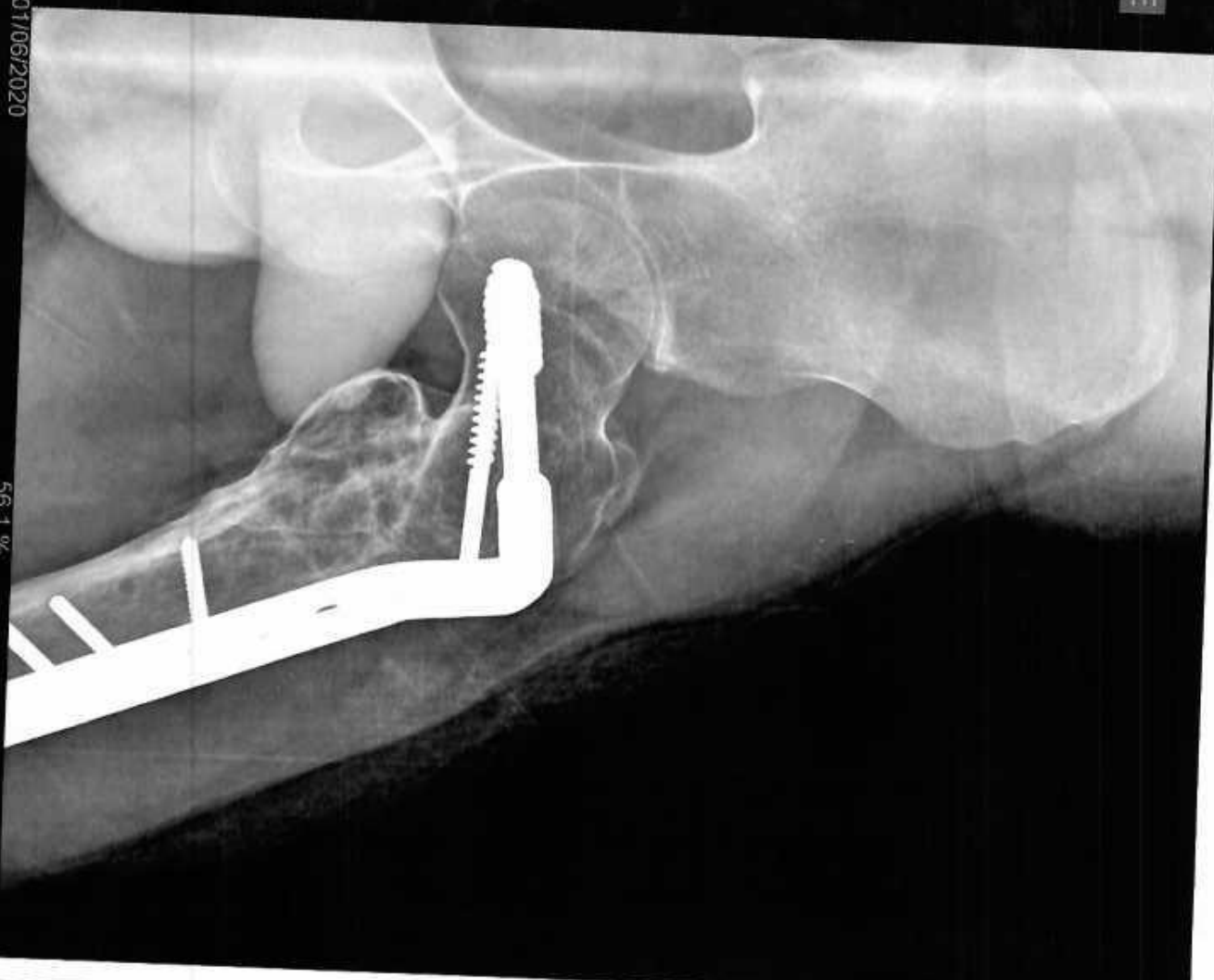
48.0 %



01/06/2020

56.1 %

Ana Quezia

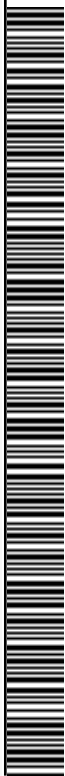


GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 4051  
HOSPITAL CORONEL MOTA

01/06/2020

Ana Quezia

76.4 %





**Not intended for official interpretation.**

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA  
ARTE VERM. G.I.  
M  
PERNA  
7/20/2019  
10:47 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operator: NEXAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%



350 mm

L 120  
W 2185



**Not intended for official interpretation.**

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA  
ARFA VIRM. G.F.  
M  
PERNA  
11/20/2019  
10:50 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator IXRAY/Asuero  
- kV, - mA:  
Zoom 100%

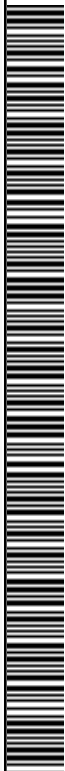


510 mm

L 128  
W 216







57 2 %

Marcos

21/10/2019

HOSPITAL CORONEL MOTA

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 12069



E





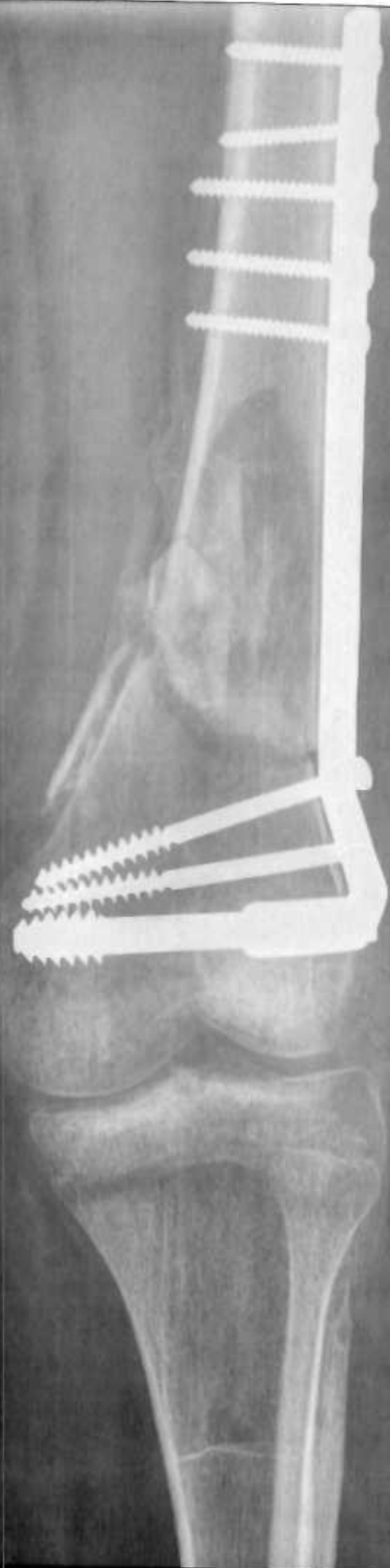


GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 13275  
HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro



E



GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 13275

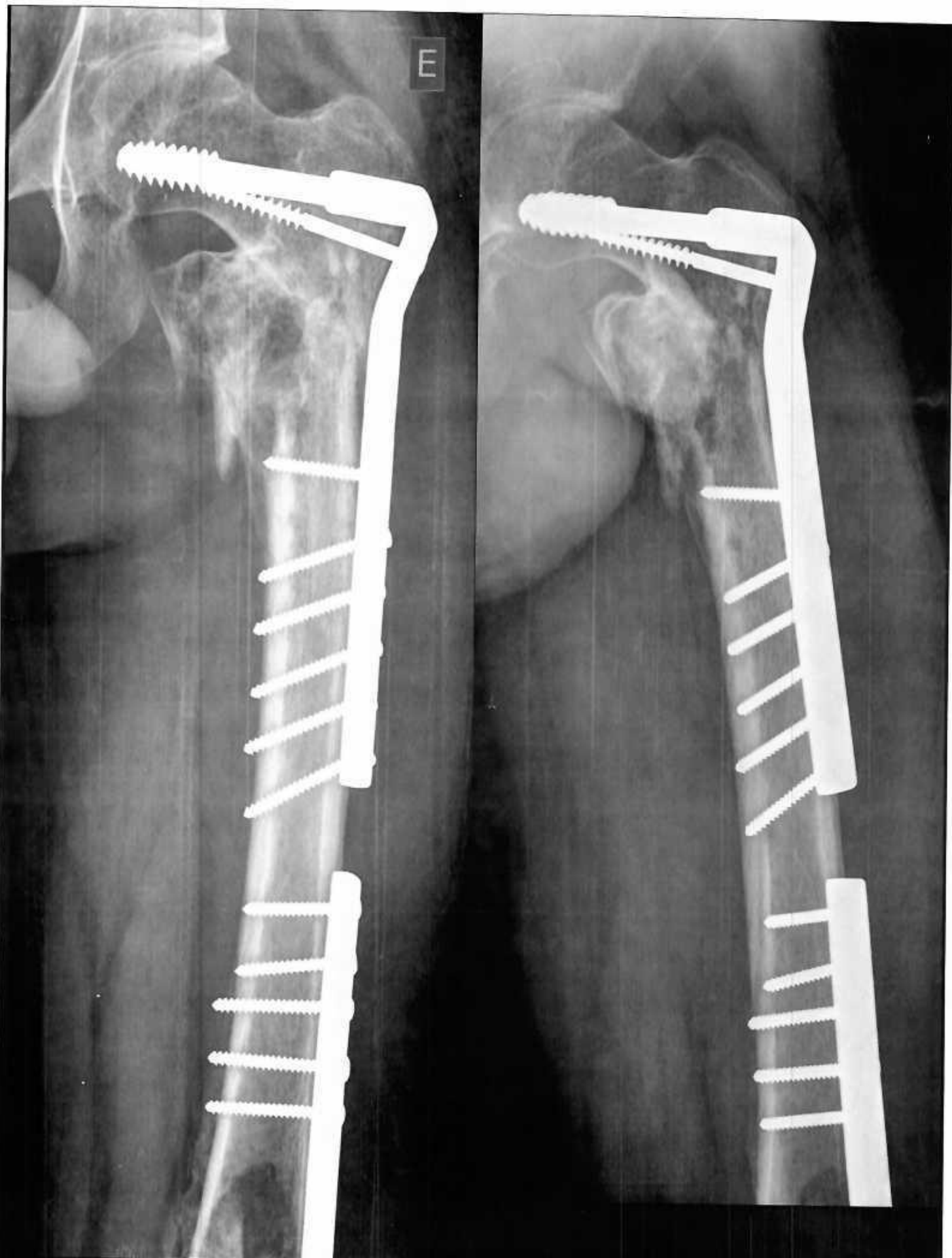
HOSPITAL CORONEL MOTA

18/11/2019

Fabiola Castro

66 6 %





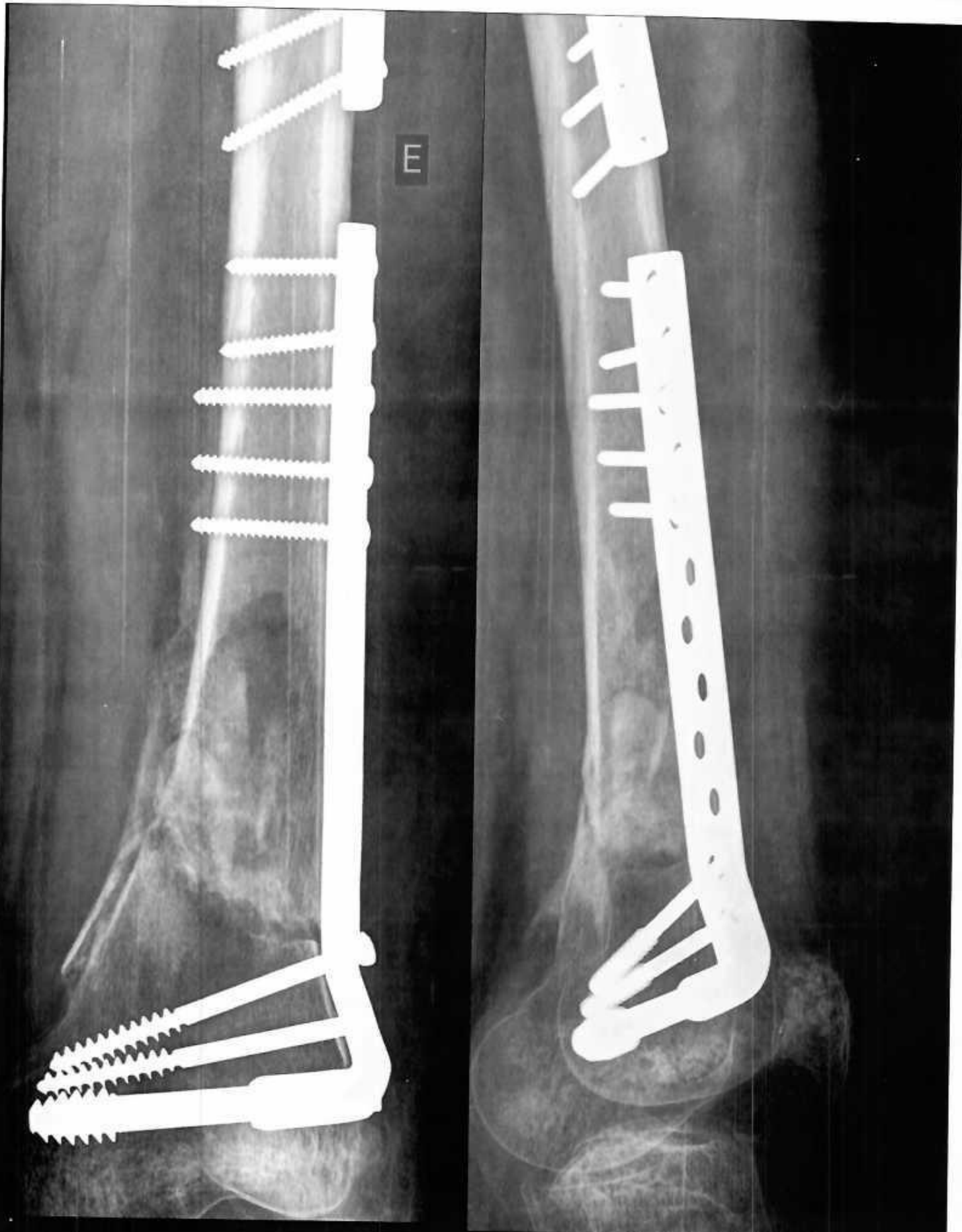
GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 14568

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson





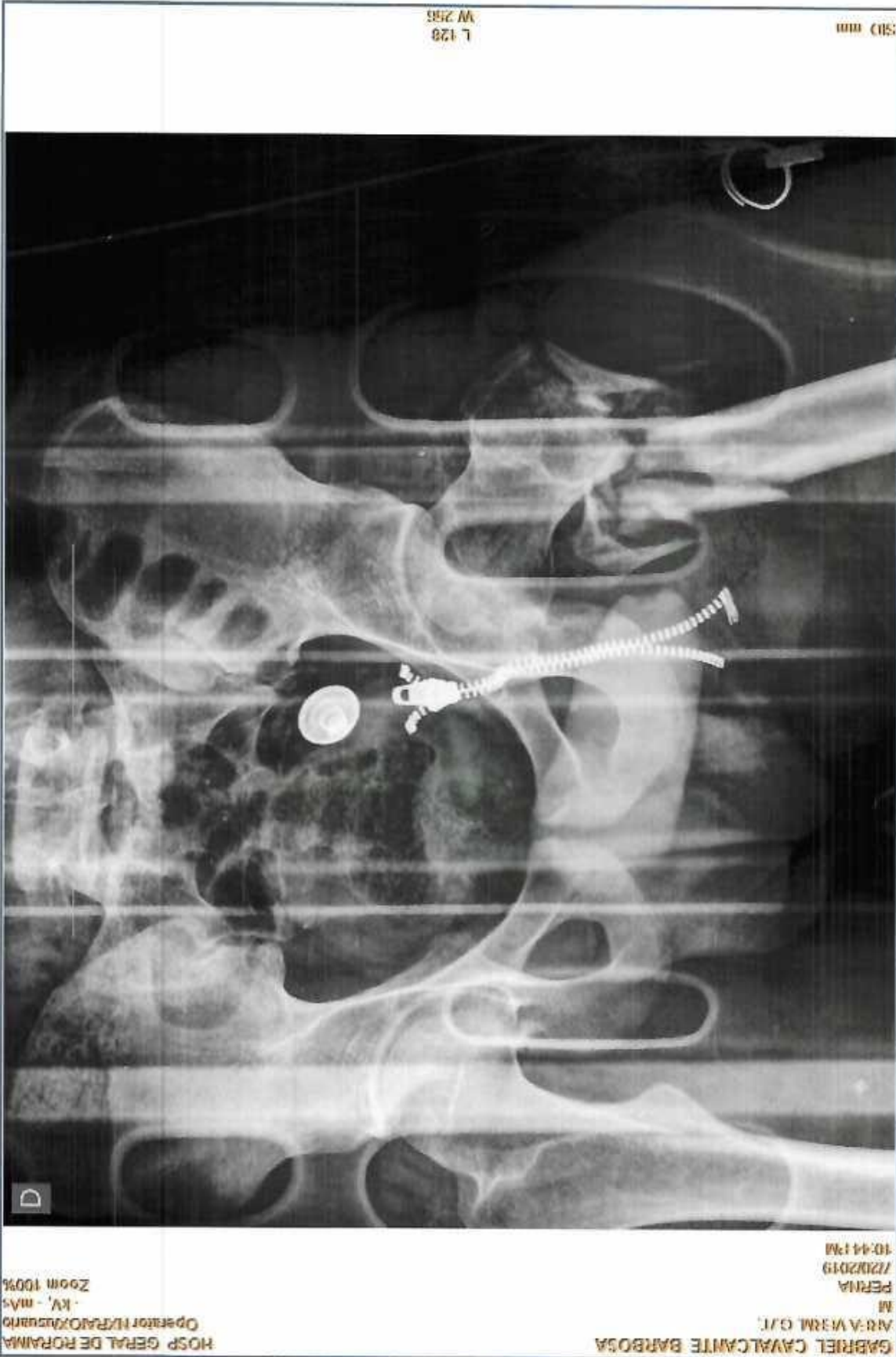


GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA 14568

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson





**Not intended for official interpretation.**



**Not intended for official interpretation.**

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

ARTRÓPODO G.T.

M

PERNA

11/20/2019

10:39 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator N/A/RAIO/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SD mm

L 128  
W 256





**Not intended for official interpretation.**

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA  
ANXA VERM. O.J.T.  
M  
PERNA  
7/20/2019  
10:47 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operator HX/RAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%



580 mm

L 128  
W 286



## SINISTRO 3200320973 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**CPF/CNPJ:** 05331605290

**Posição em 25-09-2020 17:18:19**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 18/09/2020        | R\$ 4.725,00         | R\$ 0,00         | R\$ 4.725,00 |

| Histórico das correspondências enviadas |                                    |           |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Data da Carta                           | Referência                         | Ver Carta |
| 11/09/2020                              | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |           |

