

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2980125020210215152210

Processo 0801905-29.2021.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 24 de março de 2021 às 09:00:00

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13

500 por pág.

1

[illegible]

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/RIRLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Frazão

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Pereira da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.092-91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Jefferson Pereira da Fonseca

inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.292/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira Boa Vista</u>	Cidade: _____	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CPF: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3865</u>

Local e Data: Boa Vista RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Frazão
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		2ª Classificação/Reclassificação		3ª Classificação/Reclassificação	
Secretaria do Estado da Saúde		Tela em		Tela em		Tela em	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSPE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
2001207666		10/01/2020 10:21:02		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		12/04/1995		24 A 8 M 28 D			
Tipo Doc		Documento		Estado Civil		Naturalidade	
		M		NAO INFORMADO		BRASILEIRA	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Contato	
JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA		NI		PARDA			
Endereço						Ocupação	
RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Propriedade		Tempo	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Paga	
Setor		Tipo de Chegada		Responsável por		Processo	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		ERBEJONE.SIMPLICIO			
Queixa Principal							
Anamnese da Enfermagem				GSC		TOTAL	
				00 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
A) RAIO-X		ULTRA-SOM		ITE		SANGUE	
						URINA	
						ECG	
						OUTROS	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
① 5FAP. 500mg @ 12h							
② Tramadol 40mg @ 12h							
③ Aspirina 300mg @ 12h							
Condição							
Alta por Decisão Médica							
Alta a Pedido							
Alta a Revelia							
Transferência para:							
óbito							
Antes do 1º Atendimento?							
Destino:							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: erbejone.simplicio							
Data Hora: 10/01/2020 10:25:25							

20.21 05.11.2021
Examinado a pedido de auto
Apresentado lesão em tomografia
e + fratura exposta de fêmur distal
Ch. de CC 31 LHC +
fixação

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

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				BLOCO D	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente				5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE				428501	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
908406488444108				12/04/1995	
9 - SEXO				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Masc ☒ 1 Fem ☒ 3				Nº DO TELEFONE	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				14 - CDD - IBGE MUNICÍPIO	
Sociedade Figueiredo Pereira				15 - UF	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)				16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - CDD	
30				RJ	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente com trauma de					
40/100					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
TTO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Lumbar e X					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 TERCIÁRIO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA					
33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
35 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
36 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - CNPJ EMPRESA					
41 - CNAE DA EMPRESA					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - EMPREGADO					
44 - EMPREGADOR					
45 - AUTÔNOMO					
46 - DESEMPREGADO					
47 - APOSENTADO					
48 - NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - CDD - ORGÃO EMISSOR					
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
52 - DOCUMENTO					
53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
66 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
67 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
68 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
69 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
70 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
71 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
72 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
73 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
74 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
75 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
76 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
77 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
78 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
79 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
80 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
81 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
82 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
83 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
84 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
85 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
86 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
87 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
88 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
89 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
90 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
91 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
92 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
93 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
94 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
95 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
96 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
97 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
98 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
99 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
100 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					



Jefferson P. de Figue

Date: 10/21/21 CB

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO.

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE-610



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome _____
Responsável Cirúrgico _____

Anestesieta _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

COXIMENTO DE PELE NO PACIENTE EM FUNÇÃO ANILHATO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA - 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 10/02/2021 Assinatura João Alves Barbosa Filho Hora 13h45

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE

☒ Identificação do paciente

☐ Sítio cirúrgico

☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

1- REVISÃO DO CIRURGIÃO

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

2- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

Ha alguma preocupação específica em relação ao paciente

3- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA			
ITEM					HORARIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SA
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12/18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12/18
6	OME PRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M1
12	SSVV + CCGG 6/6H				Relatório
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
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/MIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D)

RE/VI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	124/75	72	-	36,1	
18 H	137/85	72	-	36,1	
24 H	120/68	72	-	34,6	

07 a 19 > administrado medicações aferidas a elas
11/01/2020 vitais
06h PA = 110x80 P=91 T°=36,1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DNI: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Proteção ☐ Contato ☐ Isolamento ☐ Gotícula - aerossóis			
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): _____		Sexo: ☐ F ☐ M	
Paciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☐ Não		Quêchua: _____	
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs: _____			
Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGO			
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Apático ☐ Não Resposta Alterações: _____ ☐ Fototérgico ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Anisocóricas ☐ Alterações: _____ ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes ☐ Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Parapneumônico ☐ Trópicos ☐ Aspiração Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Ruidos Hidroacústicos ☐ Presente ☐ Ausente Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
☐ Espontâneo ☐ Induzido ☐ Urina: _____ ☐ Urina: _____ ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Hematuria ☐ Alterações: _____ ☐ Irrigação contínua ☐ Intermittente ☐ Alterações: _____			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
☐ Integridade ☐ Quadrada ☐ Ressecada ☐ Cicatrizada ☐ Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não ☐ Normocrômica ☐ Hiperêmica ☐ Ausente ☐ Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Troca em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Troca em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Aspecto da secreção: _____ Dreno de: _____ Local: _____ Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Padrão respiratório anormal ☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Placagem ungueal prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio hídrico ☐ Risco de desequilíbrio eletrolítico ☐ Risco de desidratação ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Risco de constipação ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Defeito no conhecimento para Higiene ☐ Risco de infecção			
Prescrição de Cuidado Prev Quedas			
1. Histórico de Queda: ☐ Não ☐ Sim 2. Diagnóstico Secundário: ☐ Não ☐ Sim 3. Terapia Endovenosa/dispositivo subcutâneo: ☐ Não ☐ Sim 4. Auxílio na Deambulação: ☐ Nenhum/Acamado/Auxiliado ☐ Muleta/Bengala/Andador ☐ Mobilizador Parede 5. Marcha/Deambulação: ☐ Normal/Sem deambulação/Acamado ☐ Fraca ☐ Comprometida/Com balancete			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

RAJMA - FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBENTE

Nº. 000.000.115
Série 001

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.000.115
Série 001
Fatura 02

1419 1110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 1510 0000 7859
Consulte a autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
3141900002930555 - 11/11/2019 21:55:06

QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP
AV. MARIO HOMEN DE MELO, 191-A
CENTRO - 69001-200
Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571

10.631.897/0001-05

TIPO DE OPERAÇÃO
Venda

REGIÃO ESTADUAL
240161736

DESTINATÁRIO REMETENTE
UF: RORAIMA
Razão Social: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES
CNPJ: 05.370.016/0001-00
Data: 11/11/2019
Inscrição Estadual: 69312-470
Inscrição Municipal: 9521210521

VALOR DO IMPOSTO
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 94,100,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 94,100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
01 - FRETE POR CONTA

01 - FRETE POR CONTA

QUANTIDADE

ESPECIE

DESCRIÇÃO

UNIDADE

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

0001

FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910002620

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

2,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0002

FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191000219

00210020

0400

5103

1%N

7,0000

600,0000

4,2000

0,00

0,00

0,00

0,00

0003

FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001220

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0004

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001529

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0005

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001530

00210020

0400

5103

1%N

7,0000

600,0000

4,2000

0,00

0,00

0,00

0,00

0006

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001231

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0007

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001733

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0008

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001735

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0009

FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001736

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

3,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0010

FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910002340

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

2,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0011

FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910002351

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

4,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0012

FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001616

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

10,5000

0,00

0,00

0,00

0,00

0013

FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001617

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

4,8000

0,00

0,00

0,00

0,00

0014

FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910002026

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

2,4000

0,00

0,00

0,00

0,00

0015

FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001507

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

0,0000

0,00

0,00

0,00

0,00

0016

FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001534

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

4,8000

0,00

0,00

0,00

0,00

0017

FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001138

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

2,8000

0,00

0,00

0,00

0,00

0018

FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910001139

00210020

0400

5103

1%N

5,0000

600,0000

1,2000

0,00

0,00

0,00

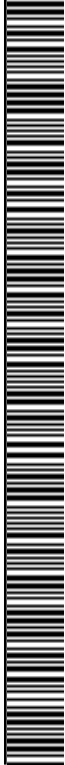
0,00

ADICIONAIS
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: Informações Adicionais de Intensão do Fisco: PROCESSO Nº 097273-38/33
DATA DE EMPENHO: 20601/0001/19 02212-9
DOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL
JENICIA
17-4
DATA CORRENTE: 36,164-9 - EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Fisco: &Qtd.

RESERVADO AO FISCO

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: PJ8C3 5GLUZ DADEL BHGCD



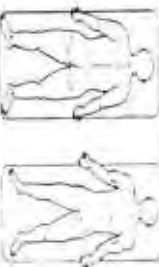
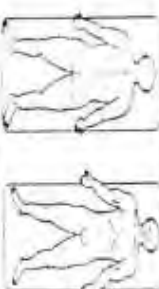
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	2/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				0 12 18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				36 2
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D.					
REXII					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H	120x80	86	20	RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E	
18 H	120x70	83	20	TRAUMATOLOGIA	
24 H	120x70	82	20	CRM-RR 1964	

06h 120x70
FC=82
A=36.8

Dr. João Valsão Ferreira
3º ano em Enfermagem
URBEN 100661077

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

		EVOLUÇÃO DO CURATIVO			
Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: <i>Edson Rêno Fomelo</i>		Leito: <i>404-5</i>			
Data: <i>12/01/2020</i>					

Localização	Região: <u>MD</u>	Região:
		
Etiologia ☐ LPP ☐ II ☐ III ☐ IV ☒ ^{2*} ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP ☐ II ☐ III ☐ IV ☒ ^{2*} ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato ☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ 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:	
Troca ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:	
Observações:	Observações:	



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

Data: ____/____/20		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____				DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____					
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos					
Alergia: () Sim () Não		Qual (is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Interpretar? () Sim () Não		Qual Idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____					
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida					
SISTEMA NEURÓLOGO					
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____					
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas			() Afebril () Febril () Hipertérmico		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			() Alterações: _____		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração					
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico			() Normotenso () Distendido () Globoso		
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico			Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: _____			Alterações: _____		
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen			() VD () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		
() Anúria () Oligúria () Cistostomia			Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial		
() Irrigação contínua () Outros: _____			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			ALTERAÇÕES		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada			() Flatos: () Presente () Ausente		
() Normocrada () Tictérica () Anictérica			() Edema Local: _____		
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			Risco de Lesão Sinalizado: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____		Data: _____ Trocar em: ____/____/____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____		Curativo realizado em: ____/____/____ Trocar em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não					
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de constipação		() Risco da integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corpórea		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado			
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			Prescrição de Cuidado Prev Quedas		
1. Histórico de Queda			6. Estado Mental		
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações			0 () Manter grades laterais elevadas		
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação			15 () Identificar o risco de queda na placa de identificação		
2. Diagnóstico Secundário			TOTAL: _____		
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24			() Auxiliar o paciente na higiene		
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44			() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama		
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			Risco Alto: Maior que 45		
Não 0 Sinalização do Risco: _____			() Manter cama com rodas travadas		
Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem			() Necessidade de contenção ao leito		
4. Auxílio na Deambulação			() Manter vigilância de ____ horas		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			() Calçado seguro nos pés		
Muleta/Bengala/Andador 15			() Material de uso pessoal ao alcance da mão		
Mobilidade Parede 30			() _____		
5. Marcha/Deambulação			Registro Geral:		
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			_____		
Frac 10			_____		
Comprometida/Cambaleante 20			_____		
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	403.5	DATA 13/01/2020
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		
14			
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

João A. Lopes Jr.
CRM-RR 595

KLATH

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	10 x PA 70	FC 75	FR 14	36.8	
12 H	122/72	79	19	36.6	
18 H	138/84	89	-	36.6	
24 H	141/70	88	-	36.6	

7/01/2020 13:00 a 19:00
medicação de
Roraima + SSVV

Ana Maria A. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 40.400

13:00 a 19:00
Realizado medicamentação
de acordo com prescrição
por médico - J.A.L.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente: Saphora Lúcia Souza		
HGR		Leito: 404-5	Data: 13/01/2020		

Localização			Região: mald		Região: mald
Etiologia	☒ J.P.P I II III IV 9* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:				
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros				
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Mfritema / Rubor ☐ Outro:				
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:				
Quantidade de Exsudato	☒ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco				
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:				
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:				
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Glicúlia - antossol () Glicúlia - peridigito			
Alergia: () Sim () Não		Qual(is): _____ Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Causa: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não reagiu () Alterações			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríicas () Anisocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		() Afebril () Febril () Hipertérmico	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		() Normotímico () Distendido () Globoso () Ruidos Hífricos () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Dropper () Anúria () Oligúria () Colostomia () Irrigação contínua () Outros: _____		() VO () SNG/SGG () SNG/SOF () GTT () Acentuação da dieta () Sim () Não () Inspecul () Evacuações () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		ALTERAÇÕES	
() Hidratada () Desidratada () Irradiada () Normotérmica () Hiperica () Gessões () Lesão por pressão () Sim () Não Risco: _____		() Identi () Não Identi () Risco de infecção: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Troca em: ____/____/____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Troca em: ____/____/____			
Sinais de Infecção no site da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____ Asséptico da secreção: _____ Quantidade: _____			
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de constipação () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente		() Cuidado respiratório inadequado () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Dificuldade em alcançar o parâmetro	
() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Comunicação deficiente			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Sim	25	Superestima capacidade/lesão não admitida	15
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:	
Não	0	Risco Baixo: 0 - 24	
Sim	75	Risco Médio: 25 - 44	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45	
Não	0	Sinalização do risco:	
Sim	25	() Colocar uma seta na quadra da pasta/enfermaria () Risco registrado na placa de identificação do leito	
4. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0		
Muleta/Bengala/Andador	15		
Mobilário Parede	30		
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado	0		
Fraca	10		
Comprometida/Cambaleante	30		
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			





GOVERNO DE RORAIMA
Tribunal de Justiça de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	464-6	DATA	10/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	AVP				24h
3	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6H				24h
4	CIPROFLOXACINO 400MG LV DI 12/12H				24h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				24h
6	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA				24h
7	PLASIL 10MG LV 8/8H 5/N				24h
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML LV OU TCP 50MG VO DE 8/8H 5N				24h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				24h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				24h
11	CURATIVO DIÁRIO				24h
12	SSVV + CCGG 6/6H				24h
13	TILATIL 20MG EV DI 12/12H				24h
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI 351-400 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI IMI GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIL, FUPNÍCO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D.

REATT

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	127/84	74	-	36,4	
18 H	130/80	74	-	36,4	
24 H	130/80	74	-	36,4	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não		Qual(is): _____ Sexo: () F () M	
Paciente indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs: _____	
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS			
() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas		() Afebril () Febril () Hipertérmico	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		() Alterações: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não		Qual: _____	
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico		() Normotenso () Distendido () Globoso	
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen-		() VO () SNG/SOG () SNE/SOF () GTT	
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
() Hidratada () Desidratada () Ressecada		Alterações: _____	
() Normocrada () Ictérica () Amictérica		Flatos: () Presente () Ausente	
Lesão por pressão: () Sim () Não		() Edema Local: _____	
Região: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Local: _____	
Curativos: () Sim () Não		_____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz	
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada	
() Risco de glicemia instável		() Risco de integridade da pele prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para higiene	
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0		() Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter cama com rodas travadas	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20 Sinalização do Risco:		() Manter vigilância de ____/____ horas	
4. Auxílio na Deambulação		() Calçado seguro nos pés	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		() Material de uso pessoal ao alcance do leito	
Muleta/Bengala/Andador 15		_____	
Mobilidade Paralela 30		_____	
5. Marcha/Deambulação		_____	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0		_____	
Fracá 10		_____	
Comprometida/Cambaleante 20		_____	
Registro Geral:			

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	104-5	DATA	10/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU TCP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMEFICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/MI GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIE, LUPNICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO LM TORNOZELO D

REALIZ

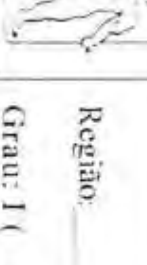
SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 1964
6 H	PA	FC	FR	TAR	
12 H	138/85	94	21	35.9	
18 H	124/80	64	20	36.2	
24 H	120/80	120	-	36.6	

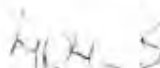
15/01/2020 administrado medicação aferido sinais vitais segue aos cuidados da enfermagem



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Hospital Geral de Pernambuco	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente:	<i>Jefferson Pereira</i>		Leito:	<i>404 5</i>	
Data:			<i>15/11/2020</i>			

Localização	  Região: <u>MDTD</u> Grau: I () II (X) <u>3</u>	  Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração <u>0</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração <u>0</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose Amarela/Neira () Esfácio (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose Amarela/Neira () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Solução de Limpeza	(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 () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Alcione Moreira</u> Enfermeira CRM-RR 453.554 <u>Emília do N. Silva</u> Enfermeira CRM-RR 453.554	<u>Leandro Paulo L. Moreira</u> Enfermeiro CRM-RR 487.051 - TE
Observações:		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

Refferson Bruno de Finsco

IQV: 26/Ans.

Mr. Morley

Bruno Thiago O. G. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 10288

affixes



ORTOSINTESE IND. E COM LTDA
Tel: 5511139484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref: 4747/01 Lote: T9H001219
Registro Anvisa: 10223710095

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Jefferson Pereira Fonseca		IDADE: 24 ^{os}	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 2001207606	Data 10/01/2020
Bloco: 1	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Custódio, Hilma	

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Fixador Lay Fix c/ barra 250	01	
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel. 55-11-29494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref. 4747/01 Registro ANVISA: 1022710595			
			
MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Marco Brenner		1º AUXILIAR: Dr. Marco Aguiar	

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa () Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () Marca: _____
 ATHENA () / MACON ()

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO _____ 1º AUXILIAR: _____

McGraw-Hill
Higher Education

Data: 15 / 201 / 2003

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermária: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____		DN: ____/____/____	
Precisão: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____ Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____ PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Afebril () Febril () Hipertérmico () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fraila () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____		() VO () SNG/SOG () SNG/SOF () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia Alterações: _____ Flatos: () Presente () Ausente () Edema Local	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anêmica Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Risco de Infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente		() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit na autocuidado para Higiene	
() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 15		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: Maior que 45	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20		Sinalização do Risco: () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Risco registrado na placa de identificação leito	
4. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		Prescrição de Cuidado Prev Quedas () Manter grades laterais elevadas () Identificar o risco de queda na placa de identificação () Auxiliar o paciente na higiene () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama () Manter cama com rodas travadas () Necessidade de contenção ao leito () Manter vigilância de ____ horas () Calçado seguro nos pés () Material de uso pessoal ao alcance da mão	
5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20		Registro Geral: _____ _____ _____	
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		IAS		DM2	
IDADE		LEITO	204-B	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				11h
2	AVP				12h
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N				12h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12h
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				12h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11	CURATIVO DIÁRIO				12h
12	SSVV + CCGG 6/6H				12h
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REC 11

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	123x79	79	-	36.0	
18 H	140x80	107	-	36.5	
24 H	110x87	101	15	36.2	

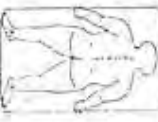
064 128x83

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 **HGR**
HIGIENE GERAL
de Curitiba

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborado por: 02/2012	Atualizado por:
Paciente: <i>Jefferson Pereira Farias</i>			
Leitor: <i>Jefferson</i>			
Data: <i>16/01/2011</i>			

Localização	Região <u>M I D</u>	Região <u>M I D</u>
  Grau: I () II (☒) III ()	  Grau: I () II (☒) III ()	
Etiologia: ☒ LPP I II III IV ? ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fator Externo ☐ Intoxicação ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ? ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☒ Fator Externo ☐ Intoxicação ☐ Outro:	
Aparência da Lesão: ☒ Necrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno Sonda ☐ Outros	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno Sonda ☐ Outros	
Pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato: ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato: ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Ácido AHA 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Ácido AHA 70%	
Cobertura primária: ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>Ale</u>	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca: ☐ 12/1 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: <u>Renata Silva Rodrigues</u> COORDENADOR	<u>Renata Silva Rodrigues</u> COORDENADOR	
Observações:		

 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico			
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso			
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente			
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVO () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () STT			
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Platos: () Presente () Ausente			
() Normotérmica () Fébril () Anictérica () Edema Local: _____			
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		Risco de Lesão S realizado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz	
() Risco de Infecção		() Ventilação espontânea prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada	
() Risco de glicemia instável		() Risco de integridade da pele prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene	
() Risco de Lesão por Pressão		() Risco de Quedas	
() Risco de Broncoaspiração		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de constipação		() Comunicação deficiente	
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Sim	25	Superestima capacidade/Esquece limitação	15
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:	
Não	0	Risco Baixo: 0 - 24	
Sim	15	Risco Médio: 25 - 44	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45	
Não	0	Sinalização do Risco:	
Sim	20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
4. Auxílio na Deambulação		() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhum/Acamado/Auxílio	0		
Muleta/Bengala/Andador	15		
Mobilidade Paralela	30		
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado	0		
Fraca	10		
Comprometida/Carbalante	20		
Prescrição de Cuidado Prev Quedas			
() Manter grades laterais elevadas			
() Identificar o risco de queda na placa de identificação			
() Auxiliar o paciente na higiene			
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama			
() Manter cama com rodas travadas			
() Necessidade de contenção ao leito			
() Manter vigilância de ____ horas			
() Calçado seguro nos pés			
() Material de uso pessoal ao alcance da mão			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 10/01/2020 DIH: 10/01/2020 DN: 10/01/2020

PACIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 40 ANOS DATA: 10/01/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5:00
2	AVP	5:00
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H	5:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	5:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	5:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	5:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	5:00
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN	5:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5:00
11	CURATIVO DIÁRIO	5:00
12	SSVV + CCGG 6/6H	5:00
13	AO HC	5:00
14		
15		
16		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, TUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

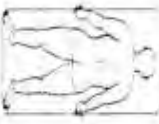
SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	140/87	92	-	36,0
18 H	140/90	102	-	36,0
24 H	134/67	97	-	37,3

DR AUGUSTO CAVALCANTI
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1984

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
			Paciente: <i>Edgerson Lima Jerezo</i> Leito: <i>404.5</i> Data: <i>17/10/2018</i>			

Localização	 	Região: <u>MSD</u>	 	Região: <u>MSD</u>
Etiologia	☐ I, PP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I ☐ II ☒	☐ I, PP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☒ Fivador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I ☒ II ☐
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	
Pele Perifereional	☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	
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 ☐ Outro:		☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Luciane Moreira Auxiliar de enfermagem COREN 453.554	Sônia Carmo Enfermeira COREN 622	Luciane Enfermeira COREN 453.554	Sônia Carmo Enfermeira COREN 622
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Reuben de Faria CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

() Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		21-3	DATA	10/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/8H				12h 08/24/06
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DI 12/12H				12h 08/24/06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				} SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				Enfermagem
12	SSVV + CCGG 6/6H				Enfermagem
13	AO HC				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 (D/M) GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REATI

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 1964
6 H	PA	FC	FR	
12 H	114/65	88	17	
18 H	131/85	95	20	
24 H	100/69	93	-	

07h as 19h paciente sem queixas, administração de medicamentos e.p.m, verificando SSVV, Aus. de e...
 Paciente orientado, sem sinais de medicação...
 Verificar os sinais vitais e a medicação...

Marcelo Pereira da Silva
 Colaborador de Enfermagem
 CRP RR 461.069 AE

404.3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	4015	DATA	13/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Su
2	AVP				12:00
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H				12:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DE 12/12H				12:00
5	DIPIRONA 1G IV OU 500MG VO DE 6/6H SN				12:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				12:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				12:00
11	CURATIVO DIÁRIO				Retirar curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retirar
13					
14					
15					
16					
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 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PUPILAS IGUAIS, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

RECEBI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	THX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	21	36.2
24 H	130/72	77	21	36.2

06/11 19/01/2020
res: Apresentou reação alérgica após 11am (03).
reação alérgica a clindamicina!
404 349965

HGR				SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: 19/01/2023		Enfermaria: 404		Leito: 03			
Nome Completo: Jefferson Pereira Sousa				DN: 1/1/1			
Hipótese Diagnóstica:							
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - pardigotos							
Alergia: () Sim () Não		Qual (is):		Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não		Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs:					
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida							
SISTEMA NEUROLÓGICO							
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:							
PUPILAS				REGULAÇÃO TÉRMICA			
() Fotorreagente () Mióticas		() Midriática		() Afebril () Febril		() Hipotérmico	
() Isocóricas () Anisocóricas		() Não reagentes		() Alterações:			
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
() Eupneico () Bradipneico		() Taquipneico () Dispneico		() Ar ambiente () Troqueostomia		() Aspiração	
Oxigenoterapia: () Sim () Não		Qual:					
SISTEMA CARDIOVASCULAR				REGULAÇÃO ARDMINAL			
() Normocárdico () Bradicárdico		() Taquicárdico		() Normotensão () Distendida		() Flácida	
() Pulso Cheio () Filiforme		() Arritmico		Ruidos hidroacústicos: () Presente () Ausente			
Exame Físico: Bulhas Cardíacas:		Pulso:		Alterações:			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Espontânea () SVD () Fria () Uropen		() Anúria () Oligúria		() VO () SNG/SGG		() SNG/SGE () STT	
() Irrigação contínua () Outros:		() Costostomia		Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		() Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE				Alterações:			
() Hidratada () Desidratada		() Ressecada		Platos: () Presente () Ausente			
() Normocrada () Ictérica		() Ametérica		() Edema Local () Razo da Lesão: Sinalização:			
Lesão por pressão: () Sim () Não		Região:					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS							
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local:		Data:		Trocar em:	
Cateter Central: () Sim () Não		Local:		Curativo realizado em:		Trocar em:	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Aspecto da secreção:		Quantidade:			
Dreno de:		Local:					
Curativos: () Sim () Não		Local:					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório anormal		() Risco de Lesão por Pressão			
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas			
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração			
() Risco de glicemia instável		() Risco de integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Risco de Enstipação			
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado		() Comunicação deficiente			
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene					
Escala de Morse				Prescrição de Cuidado Prev Quedas			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental		() Manter grades laterais elevadas			
Não 0		Orientado/limitado/conhece as limitações 0		() Identificar o risco de queda na placa de identificação			
Sim 15		Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Auxiliar o paciente na higiene			
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama			
Não 0		Risco Baixo: 0 - 24		() Manter cama com rodas travadas			
Sim 15		Risco Médio: 25 - 44		() Necessidade de continência ao leito			
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45		() Manter vigilância de / horas			
Não 0		Sinalização do Risco:		() Cuidado seguro nos pés			
Sim 20		() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		() Material de uso pessoal ao paciente disponível			
4. Auxílio na Deambulação		() Risco registrado na placa de identificação leito					
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		Registro Geral:					
Muleta/Bengala/Andador 15							
Mobiliário Parede 30							
5. Marcha/Deambulação							
Normal/Sem deambulação/Acamado 0							
Fraes 10							
Comprometida/Cambaleante 20							
Enfermeiro Assinatura e Carimbo:							

404-S M Alegria e Lindemine

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1800

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

GOVERNO DO PARÁ
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM			
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6H		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13			
14			
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RI OU AR (5%) CONFORME ESQUEMA: 700-250, 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			

Horário: 5 M 12 406

Reação: Alegria

SP

M Petina

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RI OU AR (5%)
CONFORME ESQUEMA: 700-250, 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 LITTO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRI, TUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

DEATH 06/01/2021 11:52:41 1-12 T-452

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	112x76	102	-	36
18 H	130x77	98	-	37
24 H	118x76	87	-	37

DR. AUGUSTO CAVALCANTI
CRM 1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Augusto Cavalcanti
CRM 1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Enfermeira
COREN/RR - 18771

** (Haverá per rapun... item 3)*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404	DATA	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H *F21/2020 10:42				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				2:00
9	SIMETICONA 1-CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIL, LUPNÉTICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

*SSVV. 06H
PA 770/170
SC 80
T 36,2*

REALIZ

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	116 x 75	88	22	36,2°C	
18 H	120/68	89	20	36,4°C	
24 H	120/70	80	22	36,3	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aerossol () Gotícula-perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Interprete: () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Obis: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não responde () Alterações:			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotoreagente () Mioticas () Miotizadas		() Afeitas () Febris () Hipotermia	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não respondentes		() Alterações:	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () LAR ambiental () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico		() Normotensa () Distendida () Gordurosa	
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Ruidos hidroacústicos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fria () Urina		() LVD () SVD () SNE/SOE () GTT	
() Anúria () Oligúria () Cotostomia		Adequação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada		Platos: () Presente () Ausente	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica		() Escala: _____	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		Risco de lesão por pressão: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____		Tipo: _____ Trocar em: ____/____/____	
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____		Caráter: mal/bom Trocar em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no site da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de constipação		() Eliminação urinária apropriada	
() Risco de desequilíbrio no volume		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos excessivo			
() Volume de líquidos deficiente			
() Padrão respiratório melhora			
() Alterações secundárias (Ajustadas)			
() Atividade física prejudicada			
() Risco de integridade da pele prejudicada			
() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			
() Padrão de sono prejudicado			
() Déficit no autocuidado para higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		() Quedas graves laterais elevadas	
Não 0 Orientado/limitado/compre as limitações		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Sim 15 Superintenciente/limitado sem orientação		() Auxiliar o paciente na higiene	
2. Diagnóstico Secundário		() Orientar o paciente a pedir ajuda antes sair da cama	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Manter cama com rodas travadas	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Necessidade de contenção ao leito	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter vigilância de ____ horas	
Não 0 Sem indicação do risco		() Calçado seguro nos pés	
Sim 20 () Risco elevado no quarto de posto/enfermagem		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
4. Auxílio na Deambulação		() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhuma/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Auxiliador 15		Registro Geral:	
Mobilidade Parcial 10		_____	
5. Marcha/Deambulação		_____	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0		_____	
Fraca 10		_____	
Comprometida/Cambaleante 20		_____	
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	204	DATA	10/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODL 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, ...
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALIZ

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	6u2
6 H	110x70	70	18	36,1
12 H	122x74	90	20	36,4
17 18 H	140/80	88	22	36,2
24 H	120x70	70	18	36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTI
CRM-1864 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Enfermeiros Autorizados Cirurgião

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-S	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	AVP				24h
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI > 400 10 UI OU Glicose < 70 mg/dl 5 UI Glicose 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFI BRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTI CRM 1564 RESIDENTE EM ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	72	20	
18 H	134/86	84	20	
24 H	113/82	82	20	

As 17h pac. transferido para o HC
Adm. 17h
Téc. Roraima

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

JACIELMA PEREIRA

Leito:

04/20-0

Data:

11/02/2021

Localização			Região: <u>MM</u>		Região: <u>MM</u>
Etiologia	Grau: <u>(X) II () I () III () IV</u> () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outros:			Grau: <u>I () II () III () IV</u> () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outros:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:			() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:			() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outros:	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco			() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	TISSA RIBEIRO Enfermeira do NEEFV Número de Registro: 453.554 COREN-RR			BERNARDO PEREIRA Enfermeiro do NEEFV Número de Registro: 453.554 COREN-RR	
Observações:					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aerossol () Gotícula-pedigoto			
Alergia: () Sim () Não		Qual(is): _____ Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríicas () Aférril () Febril () Hipertórmico		() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotensão () Distendida () Glóhoro		() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos Hidroacóicos () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VD () SNG/ROG () SNE/SOE () SIT		() Anúria () Oligúria () Cistostomia () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Costrução	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____		() Normocerada () Ictérica () Anictérica () Presente () Ausente	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		Risco de Lesão Similado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____		Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório inadequado () Risco de Lesão por Pressão		() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária desequilibrada	
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio da temperatura corporal () Risco de constipação		() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Para Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	() Manter grades laterais elevadas	
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitações 15	() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		() Auxiliar o paciente na higiene	
Não 0	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Sim 15	Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com todos travados	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Necessidade de contenção ao leito	
Não 0	Risco Médio: 25 - 44	() Manter vigilância de ____/____ horas	
Sim 20	Risco Alto: Maior que 45	() Calçado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	Sinalização do Risco:		
Muleta/Bengala/Andador 15	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		
Mobilizador Parede 30	() Risco registrado na placa de identificação leito		
5. Marcha/Deambulação		Registro Geral:	
Normal/Sem Deambulação/Acamado 0			
Fraca 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	504-S	DATA	24/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				011
2	AVP				Medic
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				11:30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML LV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				20/10/20
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALI

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	88	19	36,0	
24 H	121x78	88	19	36,0	

06/131x74 62 19 36,0

24/01/2020 y administrado medicação
19: 50 02
fada p...

600 - Colando exames
de hematologia

20/01/2020

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	103-E	DATA	25/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5x1
2	AVP				manter
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				5x1
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				5x1
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				5x1
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5x1
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				5x1
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5x1
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5x1
11	CURATIVO DIÁRIO				5x1
12	SSVV + CCGG 6/6H				5x1
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPINEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE					
REA II					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	136/93	89	36,3°C		
18 H	136/77	93	36°C		
24 H	120/78	94	36,7°C		
				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	

06:00 T 36,5 85 130/79

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Jefferson Raulo Fauscia</u>	Leito: <u>404-5</u>	Data: <u>25/01/12</u>	

Localização		Região: <u>MTD</u>		Região: <u>MTD</u>
Etiologia	☐ LPP ☐ III ☐ IV ☒ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Neira ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:			
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>R. Costa</u> <u>U. Pereira</u> Ator: <u>Donatelli, S. J. (40)</u> Téc: <u>Donatelli, S. J. (40)</u> Cód: <u>14070 194 522</u>			
Observações:	<u>R. Costa</u> <u>U. Pereira</u> Ator: <u>Donatelli, S. J. (40)</u> Téc: <u>Donatelli, S. J. (40)</u> Cód: <u>14070 194 522</u>			

AL 4-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	26/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SNB
2	AVP				infusão
3					
4	TIPROTILOXACINO 400MG IV DE 12/12H				
5	NIPRONA 1G IV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG IV 8/8H S/N				
8	IRAMAL 100MG + SFD 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	LIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSV + CCGG 6/6H				Rolunda
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONDIÇÃO Glicosêmica: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; 401-450 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML IV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO CLÍNICA

RENTE: PRO-ACIDENTE, DEITO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO...
FUNÇÃO: ATIV. FÍSICAS PROTEGIDAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: REG. TÓTI, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/2020.

22h - novo AVP com boa infusão MSD 6-20.
Aceita bem o tratamento, sem queixas, tranquilo.
medicações cpm

SINAIS VITAIS	Pa	Fc	FR	Tem
6h				
12h	131/78	92	19	36,6
18h	105/81	106	-	37,3
24h	113/89	91	22	36,6

66h - afim de funcionamento

As 8.30 trocado quem venho e adminis-
trado medicação e Verificado SSV
Tic Rolunda

Assinado digitalmente por
João Alves Barbosa Filho
COREN/RR 155.431-JE



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>CECÍLIA ROCHA</i> Leito: <i>101-5</i>	Data: <i>26/01/2020</i>			

Localização	Região	Região
Etiologia	<i>MI</i> Grau: I (☒) II (☒) () I, II, III, IV* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	<i>MI</i> Grau: I () II () () I, II, III, IV* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Periferecional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (☒) Outro: <i>FE</i>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Deborah</i> <i>João Alves Barbosa Filho</i> <i>COORDENADOR DE ENFERMAGEM</i>	<i>Deborah</i> <i>João Alves Barbosa Filho</i> <i>COORDENADOR DE ENFERMAGEM</i>
Observações:		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Julius A. Lopes Aguiar
CRM-RS 585

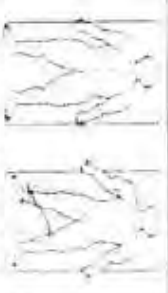
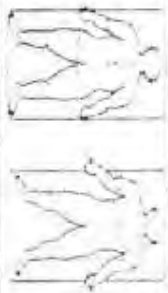
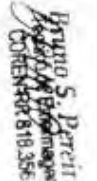
REATT

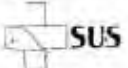
SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	112x65	84	20	
18 H	110x70	81	20	
24 H	117x75	82	20	

27/01/2020 administração medicamentosa e fisioterapia
07/01/2020
06h PA 100/60
P 80
T 36,5
Paciente com sinais vitais normais
níveis médios de saturação de oxigênio
em 21% O2 AE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018	
	Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: J. F. L. C. M. P. C. M. A.	Data: 27/01/2020		
		Leito: 101-5				

Localização			Região: MM		
Etiologia	☐ LPI ☐ III ☐ IV ☒ * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outros:		☐ LPI ☐ III ☐ IV ☒ * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outros:		
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outros:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outros:		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outros:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outros:		
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:		
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:		
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				7 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				8 - CNES			
Identificação do Paciente				9 - Nº IDENTIFICADORA			
5 - NOME DO PACIENTE				10 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CANTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - CID			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CDD - IBSI MUNICÍPIO			
				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (EXISTENTE)							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO OLPETO							
38 - CNPJ EMPREGADOR							
39 - CNES DA EMPRESA							
40 - CDDH							
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
42 - EMPREGADO							
43 - EMPREGADOR							
44 - ALFONSO							
45 - DESSEMPREGADO							
46 - APOSENTADO							
47 - NÃO ASSEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
49 - CID - ORÇÃO ENTEADOR							
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
51 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 7801, 02 O.S.

Jefferson Pereira
da Fonseca

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPEUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala de cirurgia
- ② Anestesia + fratura + revisão de curativo
- ③ fratura fechada com placa
- ④ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑤ fratura
- ⑥ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑦ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑧ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑨ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑩ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑪ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑫ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑬ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑭ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑮ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑯ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑰ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑱ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑲ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ⑳ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉑ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉒ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉓ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉔ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉕ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉖ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉗ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉘ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉙ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉚ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉛ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉜ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉝ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉞ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㉟ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊱ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊲ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊳ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊴ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊵ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊶ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊷ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊸ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊹ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊺ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊻ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊼ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊽ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊾ fratura + fratura de placa 44 com curativo
- ㊿ fratura + fratura de placa 44 com curativo

Dr. João Alves Barbosa Filho
Traumato-Ortopedista
CRM 100.000

Assinado digitalmente
por João Alves Barbosa Filho
em 15/02/2021



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUARIO	DATA	
Jefferson Pereira Fonseca		404-5	2001207066	28/01/2020	
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Osteossíntese de Pêlo Tibial "D"		14:20	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Vitor		Dr. Helder			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Res. Marcelo Marques		Res. Daniel			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Res. Marco Brunner		Evando e Hilma			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Raque					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
8	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GLOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	HTA CARDIACA cateter D2	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
TAXA DE SALA					
TAXA DE ANESTESIA					
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		SOMA			
CIRCULANTE DE SALA		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Jefferson Pereira Fongela</i>		IDADE: <i>24</i>	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário <i>2001207666</i>	Data <i>29/01/2020</i>
Bloco: <i>D</i>	Enfermaria: <i>404</i>	Leito: <i>05</i>	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Diante e Hilma</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>CX de pequenas fragmentos</i> <i>CX de pequena cirurgia</i>					
Dados dos materiais/Serviço					

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
	PLACA TITANIO DE CORTA 8 Furos	01	
	PANFUSO CORTICAL N 12	02	
	PANFUSO CORTICAL N 14	02	
	PANFUSO ESPIRTO N: 18	02	
	PANFUSO CORTICAL N 32	01	
	PLACA PIVÔ TITANIO bloqueado 5 Furos	01	
	PANFUSO AUTOMESCLANTE N 14	01	
	PANFUSO AUTOMESCLANTE N 34	01	
	PANFUSO AUTO MESCLANTE N 36	01	
	PANFUSO AUTO MESCLANTE N 40	02	
	PANFUSO AUTO MESCLANTE N 30	03	
MÉDICO CIRURGIÃO: <i>DR. Vitor Montenegro</i>		1º AUXILIAR: <i>RES Marcelo Marques</i> <i>RES Marco Brunner</i> <i>RES Paulo</i>	
INSTRUMENTADOR:			
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:	

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

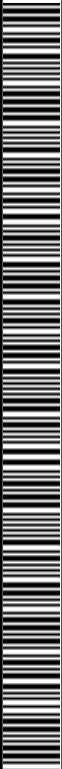
MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadoiro Eduardo Guinle 2500, Açuajão
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: con.me.br@nmail.com





SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trf.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8C3 5GLUZ DADEL BHGCD

Nome: Paulo Roberto da Silva Idade: 44 anos Setor/leito: 404

Data de Nasc: 12/04/1977 Idade: 44 anos Setor/leito: 404

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

1. Informações:

Leitão () Sim () Não

Protese () Sim () Não

Exames () Sim () Não

Reserva UTI () Sim () Não

Laterabilidade () Sim () Não

PNE () Sim () Não

Alergia () Sim () Não

Qual: Reserva de Hemoderivador

Reserva de Hemoderivador

Outros: Sim () Não

2. Chegou no Centro Cirúrgico:

() Deambulando

() Com Suporte de O2

() TOT

() Agitado

3. Sinais Vitais:

T: 36,5 °C

R: 18 rpm

FC: 80 bpm

PA: 120/80 mmHg

SAT: 98 %

() Regular () Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Entrada na Sala

Início de Anestesia

Início de Cirurgia

Término da Cirurgia

Término da Anestesia

Anestesia

Cirurgia

Localização

Horário

T

FC

PA

SPO2

13:20

14:05

14:20

15:40

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posicionamento

Hidratação Infundida

Antibiototerapia

Hemoderivados

CH:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

() Gasometria () Outros:

SF 0,9%

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () RX

SG 5%:

Nome:

Dose:

SG 5%:

Outros:

Plasma:

Plaquetas:

Anatomia Patológica:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: João Barbosa
Responsável: João Barbosa

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplicar () Não se Aplica

ATA I

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EXAMENHO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☒ Sim, Qual: sem

VIA AEREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☒ Sim, e equipamento/sistema disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim, e acesso/medicamento adequado e planejamento para fluidos

Data: 15/02/2021

Hora: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: João Barbosa

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELA NOVA FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(a) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(b) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há algum procedimento específico em relação ao paciente

(c) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual: sem

Hora: 12:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica

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

☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☒ Não

(a) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica



Assinatura e Carimbo

404-5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN				
PACIENTE <i>Agostinho da Silva</i> AGNÓSTICO <i>05/05/1978</i> ALERGIAS <i>NEGA</i> IDADE <i>42</i>									
HAS <i>NEGA</i> DM2 <i>NEGA</i> LEITO <i>28/01/20</i> DATA <i>28/01/20</i>									
ITEM	PRESCRIÇÃO								HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE								3 MD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								negativo
3	SF 0,9% 500ML EV S/N								
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H								<i>8.8</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA								
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA								
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4								
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h								<i>8.8</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N								
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H								<i>8.8</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H								<i>8.8</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								
13	SSVV + CCGG 6/6 H								<i>8.8</i>
14	CURATIVO DIÁRIO								<i>8.8</i>
15	<i>Terapias 403 EV 1x1mg</i>								<i>8.8</i>
16	<i>benzodiazepinas 200 x 6 x 1mg</i>								<i>8.8</i>
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, AFEBIL, EUPNEICO,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	95/66	87	18
24 H	128/66	84	21

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

064 137x78 77 20 36.7°C

*BS. Paciente internado em
S.C. em 16 de Janeiro
para cirurgia de fratura
de fêmur femoral.*

06:00

Administrada medicação de
horário conforme prescrição
médica

(assinado digitalmente)

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H 5N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H 5N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.					
REALI					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					

Obs: Paulo
C.C.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	28/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + 5F0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H 5N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	T. Adm. 2020 - EV 12/12h				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUMI GLICOSE ≥ 90% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/2020.

REATT

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTI ERM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130/65	96	19	35,6°C	
17:30 H	105/71	102	19	36,3°C	
24 H	122x80	96	18	36,5°C	

06 135x80 74 - 35,2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	30/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	ALTA HOSPITALAR				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE. FO EM BOM ASPECTO, SEM QUIXAS, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, RECEBE ALTA COM ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA.					
REAII					
SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Pereira da Silva 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21.11.2020 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de tíbia e fíbula - lado direito

NO DIA 28.11.2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de tíbia e fíbula - lado direito SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. Bruno Figueiredo E DR. Dr. João Carlos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10.12.2020 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10.12.2020 COM O
DR. Dr. Bruno Figueiredo

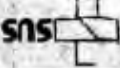
ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 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. Dr. Bruno Figueiredo

BOA VISTA, 10.12.2020

MÉDICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 Sistema Único de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
2 - CNES		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			
6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF			
16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO FINAL			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
31 - ASSINATURA			
32 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - Nº DO BILHETE			
34 - SÉRIE			
35 - CNPJ DA SEGURADORA			
36 - CNPJ DA EMPRESA			
37 - CNPJ DA EMPRESA			
38 - CBO			
39 - CNPJ DA EMPRESA			
40 - CNPJ DA EMPRESA			
41 - CBO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - EMPREGADOR			
44 - AUTÔNOMO			
45 - DESEMPREGADO			
46 - APOSENTADO			
47 - NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR			
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Pereira da Silva	2001207666	10/10/20	

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OSTEOTOMIA DE FEMUR DE TORÇÃO	13:00	13:40	

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	D. Fabiano
	RES. ANESTESIA:	D. DANIEL
	INSTRUMENTADOR	

AUXILIAR	CIRCUANTE	EVA / BAYLA, Duonde

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Razul	Hilma

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	POTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15-24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
	Ecotom				
	Cotileo				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Ruben	SUB- TOTAL		
NCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Evilma Bahia	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	404-5	DATA
ITEM	13/01/2020		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H		
6	OMÉPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		
14			
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE		
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Dr. Jesus A. Lopez Ag
CRM-RR 568

REA II

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	110 x 70	FC 75	FR 14	36°C	
12 H	122 x 70	79	19	36,6°C	
18 H	138 x 84	89	-	36,6°C	
24 H	114 x 70	88	14	36°C	

13:00 a 19:00

Realizada medicação
de acordo com prescri-
ção médica

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000.411.634

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F		
Data: ____/____/20 ____ Enfermaria: ____ Leito: ____		
Nome Completo: ____ DN: ____/____/____		
Hipótese Diagnóstica: ____		
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não Qual (is): ____ Sexo: () F () M		
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete: () Sim () Não Qual idioma: ____		
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: ____		
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: ____		
SISTEMA NEURÓLOGO		
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: ____		
PUPILAS		
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: ____		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração		
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: ____		
SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico		
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: ____ Pulso: ____		
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen		
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		
() Irrigação contínua: () Outros: ____		
CARACTERÍSTICAS DA PELE		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada		
() Normocorada () Ictérica () Anictérica		
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: ____ Risco de Lesão Sinalizado: ____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS		
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: ____ Data: ____ Trocar em: ____/____/____		
Cateter Central: () Sim () Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Trocar em: ____/____/____		
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		
Dreno de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____		
Curativos: () Sim () Não Local: ____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão		
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas		
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		
() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada		
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente		
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado		
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse		
1. Histórico de Queda		
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
2. Diagnóstico Secundário		
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		
Risco Alto: Maior que 45		
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0 Sinalização do Risco: ____		
Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		
() Risco registrado na placa de identificação leito		
4. Auxílio na Deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		
Muleta/Bengala/Andador 15		
Mobiliário Parede 30		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Frac 10		
Comprometida/Cambaleante 20		
Prescrição de Cuidado Prev Quedas		
() Manter grades laterais elevadas		
() Identificar o risco de queda na placa de identificação		
() Auxiliar o paciente na higiene		
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama		
() Manter cama com rodas travadas		
() Necessidade de contenção ao leito		
() Manter vigilância de ____ horas		
() Calçado seguro nos pés		
() Material de uso pessoal ao alcance da mão		
Registro Geral:		

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: ____		

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. De Foz

Data: 10.01.2021

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx caput T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador inter e intr (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Parant

2º AUXILIAR: Mom A. R.

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR: Mar R. R.

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Pot DSH + aneste
- 2- Lomex + luter + l.p. str
- 3- LMC luter + T12 (D), + sutura, fixal
luter + controle radiológico + curat
- 4- R.R.

Dr. Marcos Aguiar
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 14914



BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Faria

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/2021

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx expulsa T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador externo T12 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Perant

1º AUXILIAR: Marc R R3

2º AUXILIAR: Marcos A R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- PA DSH + anest

2- Lmc + lntay + lcp st

3- LMC exatista em T12 (D), + sutura, fixador
externo + controle radiológico + count

4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira da Silva		GT	2004207666	10/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
CITEOS de fratura de tornozelo		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		D. FERNANDES		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		D. DANIEL		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE		EVA / BAHIA, Dione			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Razul		Hilma			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		20	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
1	escudo				
1	colar				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Ruben	SUB- TOTAL		
INCRONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		EVA / Bahia	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Jefferson Pereira da Fonseca
Data de Nascimento: 12/04/95 Idade: 24 Setor/Leito: 34

Data: 10/01/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Posicionamento	Anestesia	Localização	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDRETE	DOR 0/10
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>ningua</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T: <u>36.5</u> °C R: <u>18</u> rpm FC: <u>101</u> bpm PA: <u>130/70</u> mmHg SAT: <u>98</u> % 4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Voluntário</u> <u>procedimento de</u> <u>procedimento de</u> <u>verificar a via da</u> <u>procedimento de</u> <u>procedimento de</u> <u>procedimento de</u>	12:10	12:21	13:00	13:40	Dorsal	Raque	Localização 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: 	0'						
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)														
Entrada								Saída						
Medicação	CI	SNB/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)														
14:00h - Admissão na via da, em POI - OT, Fret. Torção de D + fixador, liberado de via, e acordado.														
Destino: K SRPA () UTI () outros:														

Assinado digitalmente por
José Luciano dos Santos
Enfermeiro

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGB em 05/01/2020



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Felipe Pereira da Fonseca
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

PROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA:
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 10/01/2020 Assinatura: R3 Bonde
Hora: 13h45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Fabiano da Silva

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

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

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

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

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

A PROFILAXIA ANTITIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☐ Não se aplica

☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

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

Assinatura e Carimbo

404-5 OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	12/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5-10
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18 24h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H S/N				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CARVALHO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	86	20	36,5	
18 H	120x70	83	20	36,3	
24 H	124x71	92	-	37,6	

CS 23:25 feito AUP glicose 20 MSe.

06h 120x71

FC=82

A=36C

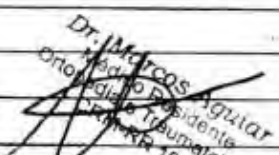
410CA

Dalene Velezo Ferreira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 00061077

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Jefferson Pereira Fonseca		IDADE: 24 ^{os}	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 2001207666	Data 10/05/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Durante, Hilma	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Fixador Lay Fix c/ barra 250	01	
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Insc. 55.1130484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref.: 4747/01 Lote: 10H02121W Registro ANVISA: 10223710005			
 Dr. Marcos Aguiar Médico Residente Ortopedia e Traumatologia 199...			

1º AUXILIAR: Dr. Marco Aguilar

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.me.horaimail.com





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paz e Bem"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Pereira da Fonseca

Id: 2409

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
M2 2,0mg cu 12:05 h. FNT 50 mg SATISFATORIO		10-01-20
EF IC		
12 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
AGENTES	H 25 G2	
LIQUIDOS VENOSOS	M 500 (SE) 500 (SE) 500 (SE)	
DA	36 240	
X	36 230	
ULSO	36 220	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
C	28 120	
TEMP	26 100	
ASPIR	24 80	
A	22 60	
RESP	20 40	
D	18 20	
Expirat		
Asist		
Contro		
SÍMBOLOS		
A B A R O A		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A BUNIVALEN 0,5	12,5ml	RAQUIANESTESIA LOMBAR HÍPOD
B		BARRA SIMPLES VIA ME
C		DIÁTERIA VENTROCAV. ESPONDA
D		NDA
E		
F		
G		
GLUCOSE	LIQUIDOS	CÂNDIDA - Mito / Oro Faríngea
NOVO		Naso / Orotriquetal - Cego
SANGUE		Baf - Temp - Calibre do Tubo
5 FU 1,4% 2500	ml	Bol Mênica
TOTAL	2500	ml
TEMPO DE ANESTESIA		13:45
OPERAÇÃO		FTO anestes. de Extrema de Torção de
ANESTESIA		Dr. Faria / Dr. Marcos / Dr. Pereira Dr. Marcos
CÓDIGO		Dr. Marcos
CIRURGO		Dr. Marcos
PERDA SANGÜINEA		CONTINUA

404-5

404.5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: Jefferson Pereira da Silva			
DIAGNÓSTICO: Ex Externa Fratura			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SP
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N		SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		9h
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N		
10	clonazepam 600g EV ou VO 6/6 h		18:30 - 19:00
11	apaproxaco 400g EV ou VO 6/6 h		19:00 - 20:00
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
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 DULML, 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, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
Dr. Pedro de S. Fausto Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2025			
MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
SINAIS VITAIS			
6-H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	134/80	119	36/20
24 H	120/60	113	20/32

Obs. Paciente admitido às 14:40 procedente do e.e.
em POS de Osteossíntese de fratura de TNR.

Administrado medicação das 18hs em
Verificado SSV. Teci Rosari
Com 1584.31

Franciele Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	11/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 24
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	9	
12 H	124/75	87	—	36,3°C	
18 H	137/83	126	—	36,1°C	
24 H	120/68	100	—	37,6°C	

07 as 19 } administração medicações aferidos sinais vitais.
11/01/2020

06h PA = 110 x 85 P = 91 T = 36,1°C

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs: _____	
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorresistente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente	
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Alterações: _____	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fria () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		() Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Irrigação contínua () Outras: _____		Alterações: _____	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Flatos: () Presente () Ausente	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica			
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão			
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas			
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração			
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação			
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente			
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0		() Manter grades laterais elevadas	
Sim 15 Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL: _____	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45	
Não 0 Sinalização do Risco: _____		() Manter cama com rodas travadas	
Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		() Necessidade de contenção ao leito	
4. Auxílio na Deambulação		() Manter vigilância de ____ horas	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		() Calçado seguro nos pés	
Muleta/Bengala/Andador 15		() Material de uso pessoal ao alcançar o chão	
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			



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

Data: ____/____/20		Enfermaria:		Leito:	
Nome Completo:			DN: ____/____/____		
Hipótese Diagnóstica:					
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos					
Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M					
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____					
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____					
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:					
SISTEMA NEURÓLOGO					
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____					
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico			() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração					
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso			() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			Alterações: _____		
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VD () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT			() Anúria () Oligúria () Cistostomia		
() Irrigação contínua () Outros: _____			Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada			Alterações: _____		
() Normocorada () Ictérica () Anictérica			Flatos: () Presente () Ausente		
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			() Edema Local: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____		Data: _____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____		Curativo realizado em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Local: _____		Trocar em: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____		Curativo realizado em: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de constipação		() Risco de integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado			
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			Prescrição de Cuidado Prev Quedas		
1. Histórico de Queda			6. Estado Mental		
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações			() Manter grades laterais elevadas		
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação			() Identificar o risco de queda na placa de identificação		
2. Diagnóstico Secundário			() Auxiliar o paciente na higiene		
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24			() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama		
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44			() Manter cama com rodas travadas		
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			() Necessidade de contenção ao leito		
Não 0 Risco Alto: Maior que 45			() Manter vigilância de ____ horas		
Sim 20 Sinalização do Risco:			() Calçado seguro nos pés		
4. Auxílio na Deambulação			() Material de uso pessoal ao alcance da mão		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0					
Muleta/Bengala/Andador 15					
Mobiliário Parede 30					
5. Marcha/Deambulação					
Normal/Sem deambulação/Acamado 0					
Frac 10					
Comprometida/Cambaleante 20					
Registro Geral:					
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Thelma Pereira Faria</u> Leito: <u>484-5</u>			
Data: <u>12/01/2020</u>				

Localização	 Região: <u>MEM</u> Grau: I () II (☒)	 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracão</u> (☒) Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Quantidade de Exsudato	() Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h	
Troca	() 12/12 () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Franciele de C. Almeida</u> <u>Rozângela Maria Pereira</u> <u>COBEN</u>	
Observações:	_____ _____ _____	



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Sepperson Ferreira Fonseca</u> Leito: <u>404-8</u> Data: <u>13/01/2020</u>			

Localização	 Região: <u>mb</u> Grau: I () II (✓)	 Região: <u>mb</u> Grau: I () II (✓)
Etiologia	() LPI I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u> () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Periferecional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%	
Solução de Limpeza	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN/PA 507 795/TE	Renata Silva Rodrigues Técnica em Enfermagem COREN/PA 413272-AE
Observações:	() 12/12 () 48/48h () Diário () 48/48h	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: / / 20		Enfermaria: Leito:	
Nome Completo:		DN: /	
Hipótese Diagnóstica:			
Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos			
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): Sexo: ☐ F ☐ M			
Paciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de Interpretar? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGO			
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
☐ Potorreagente ☐ Mioticas ☐ Midríatica ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipertérmico		☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes ☐ Alterações:	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração			
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso			
☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente			
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: Alterações:			
SISTEMA URINÁRIO / OMBRE			
☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Fralda ☐ Uropen ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT			
☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Cistostomia ☐ Acalatação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
☐ Irrigação contínua ☐ Outros: Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Alterações:			
☐ Normocorada ☐ Ictérica ☐ Anictérica ☐ Focos: ☐ Presente ☐ Ausente			
Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: ☐ Edema Local: ☐ Risco de Lesão Sinalizado:			
CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: Data: Trocar em:			
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:			
Sinais de infecção no sítio de punção: ☐ Sim ☐ Não			
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:			
Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão			
☐ Risco de Infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas			
☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração			
☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada			
☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação			
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente			
☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Déficit de autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
NÃO		☐ Manter grades laterais elevadas	
SIM		☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		☐ Auxiliar o paciente na higiene	
NÃO		☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
SIM		☐ Manter cama com rodas travadas	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		☐ Necessidade de continência ao leito	
NÃO		☐ Manter vigilância de horas	
SIM		☐ Calçado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado			
Muleta/Bengala/Andador			
Mobilidade Paralela			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado			
Fraca			
Comprometida/Cambaleante			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo:			

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: 10/01/2020 DIH: DN:

PACIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: LEITO: 404-5 DATA: 14/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5 W
2	AVP	monte
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	15.15.24.06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	08.20.06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	15.15.24.06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	CURATIVO DIÁRIO	M
12	SSVV + CCGG 6/6H	15.15.24.06
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
14		
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE	
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Carlos Augusto da Rosa
Médico
CRM-RR 1964

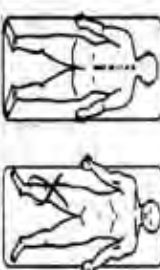
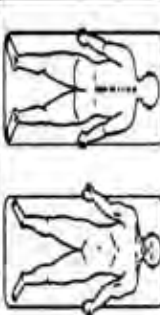
SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CÁVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	141	-	36,1°C	
18 H	120/70	104	20	36,1°C	
24 H	120/80	105	-	36,1°C	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs: _____	
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mioticas () Midriáticas () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Alterações: _____	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			
SISTEMA URINÁRIO / DIRESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVO () Fria () Úropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		() Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Irrigação contínua () Outras: _____		Alterações: _____	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Flatos: () Presente () Ausente	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____		Risco de Lesão Sinalizador: _____	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica			
Lesão por pressão: () Sim () Não Regulo: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____		Data: _____ Trocar em: _____	
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____		Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de Infecção		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente			
() Padrão respiratório ineficaz			
() Ventilação espontânea prejudicada			
() Mobilidade física prejudicada			
() Risco de integridade da pele prejudicada			
() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			
() Padrão de sono prejudicado			
() Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		() Manter grades laterais elevadas	
Não 0 Estado Mental		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Sim 25 Orientado/limitado/conhece as limitações 0		() Audiar o paciente na higiene	
2. Diagnóstico Secundário		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Não 0 Risco Baixo 0 - 24		() Manter cama com rodas travadas	
Sim 15 Risco Médio 25 - 44		() Necessidade de contenção ao leito	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter vigilância de ____ horas	
Não 0 Risco Alto Maior que 45		() Calçado seguro nos pés	
Sim 20 Sinalização do Risco: _____		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
4. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Fraca 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral: _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Jefferson Pereira Leito: 404-5 Data: 15/01/2020			

Localização	 Região: <u>MTD</u> Grau: I () II (X) ³		 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> <u>D</u> 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 Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosossanguineo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Solução de Limpeza	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Cobertura primária			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Juliane Moreira</u> Enfermeira COREN-RR 45354 <u>Juliana de N. Silva</u> Enfermeira COREN-RR 45354 <u>Leandro Pereira</u> Enfermeiro COREN-RR 457.051 - TE		
Observações:			

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	16/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUS
2	AVP				mont
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12-18-24-06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08-20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				leito
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

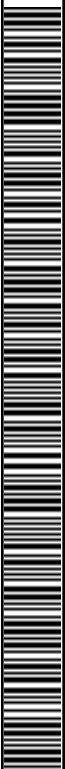
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REAL II

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	128x70	79	—	36,9	
18 H	140x80	102	—	36,5	
24 H	140x87	105	18	36,8	

064. 128x83 89 18 36,9



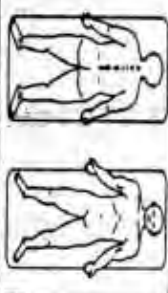
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Jeaneza Pereira Faria</u> Leito: <u>404-5</u> Data: <u>16/01/2020</u>			

Localização	  Região: <u>MID</u> Grau: I () II (x) <u>II</u>	  Região: <u>MID</u> Grau: I () II (x) <u>II</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca (x) Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serosanguíneo () Seco () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>AGE</u>	
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Renata Silva Rodrigues Adonildes Almeida Araújo Técnica de Enfermagem COREN-PR 507 761-TE	
Observações:	Vanessa da Silva Morais Renata Silva Rodrigues Adonildes Almeida Araújo Técnica de Enfermagem COREN-PR 507 761-TE	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1		Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Ederson Pereira Gomes.</u> Leito: <u>404.3</u>		Data: <u>17/03/2020</u>		

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Renan da Fonseca CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 20 20

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

M 404-5

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	17/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				06:00
13	AO HC				
14					
15					
16					
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

HEMAD 120/66 84 36,7

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1984
6 H	PA	FC	FR	9	
12 H	140/87	92	-	36,7	
18 H	140/90	102	-	36,7	
24 H	134/67	97	-	37,3	



Keena
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Pereira de Faria CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

404-5

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS DM2			
IDADE		LEITO	404-5	DATA	18/01/2020
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	5nd			
2	AVP	manter			
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12 98 24 06			
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV DE 12/12H	08 20			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	SN			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN	SN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN			
11	CURATIVO DIÁRIO	Curativo			
12	SSVV + CCGG 6/6H	Rotina			
13	AO HC				
14					
15					
16					
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:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR-EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/85	88	19	36,1c	
18 H	113/85	95	20	36c	
24 H	108/69	93	-	36,3c	

07h as 19h paciente sem queixas, administrado
medicação 02h, Verificado SSVV, Aux. me
com: 705252

Paciente alertas, administrado medicação
horário segue as anotações de enfermagem.

404.5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO		404-5	DATA	19/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Mantido
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:00 14:00 18:00 20:00
4	GIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:00 20:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				Rotina/curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	19	36.8
24 H	130/72	77	18	36.4

06/11 134/80 74 20 36.8

Obs: Apresenta reação alérgica após item 03.

Reação alérgica a clindamicina?

Pay 349965.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: 19/01/2020		Enfermaria: 404 Leito: 03	
Nome Completo: Jefferson Pereira Figueira		DN: 1/1/1	
Hipótese Diagnóstica:			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (s): Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:			
SISTEMA NEURÓLOGO			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mioticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações:	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração		Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:	
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:		Alterações:	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Anúria () Oligúria () Cistostomia () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Irrigação contínua () Outros:		Alterações:	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local:		() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Presente () Ausente	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região:		Risco de Lesão Sinalizado:	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:		Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:	
Curativos: () Sim () Não Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão		() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação		() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Manter grades laterais elevadas	
2. Diagnóstico Secundário		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Não 0 TOTAL:		() Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter cama com rodas travadas	
Não 0 Risco Médio: 25 - 44		() Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20 Risco Alto: Maior que 45		() Manter vigilância de / horas	
4. Auxílio na Deambulação		() Calçado seguro nos pés	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Sinalização do Risco:		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Muleta/Bengala/Andador 15 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem			
Mobilidade Paralela 30 () Risco registrado na placa de identificação leito			
5. Marcha/Deambulação		Registro Geral:	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo:			

404-S M *Alegria e Lindemir*

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH: 10/01/2020 DN:

PACIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: LEITO: 404-5 DATA: 20/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5 M
2	AVP	manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	12:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
10	CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	CURATIVO DIÁRIO	M
12	SSVV + CCGG 6/6H	potina
13		
14		
15		
16		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE

REALI 06/01/2021 PA: 115x74 P: 72 T: 36,3°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	112x76	102	-	36,3
18 H	113x77	98	-	37,2
24 H	111x76	87	-	37,2

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Analisa pelo Dr. Francisco Junior

Enfermeira
COREN/RR - 187277

* *Atenção por supervisão em item 3*

2104-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE: JEFPERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	21/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				SW
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H <i>*Fafeu abrigia</i>				SW
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SW
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV, 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	CURATIVO DIÁRIO				SW
12	SSVV + CCGG 6/6H				SW
13					SW
14					SW
15					SW
16					SW
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

*SSVV. 06H
PA 770/70
FC 80
T 36,2*

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116 x 75	88	18	36,2°C
18 H	120/68	89	18	36,3°C
24 H	120/70	80	18	36,3°C

DR. AUGUSTO CAVACANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mioticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico () Ruídos hidroáuricos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Urôpen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Anúria () Oligúria () Cistostomia	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		Alterações: _____	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Flatos: () Presente () Ausente		() Edema Local: _____	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____		Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____	
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório Ineficaz () Risco de Lesão por Pressão		() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente		() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidados para Quedas	
1. Histórico de Queda		() Manter grades laterais elevadas	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		() Auxiliar o paciente na higiene	
2. Diagnóstico Secundário		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Manter cama com rodas travadas	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Necessidade de contenção ao leito	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter vigilância de ____ horas	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Calçado seguro nos pés	
Sim 20 Sinalização do Risco:		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
4. Auxílio na Deambulação		()	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral:			

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			



404-5

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	LEITO	404-5	DM2	DATA	22/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

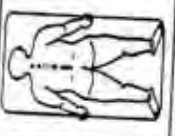
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAU				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	6 ^h 2
6 H	120/70	70	18	36,1
12 H	120/70	90	20	36,4
17 30 H	140/80	88	19	36,2
24 H	120/70	70	18	36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Jefferson Pereira Fonseca				
	Leito: 404.5	Data: 22/01/2020			

Localização	 	Região: <u>MID</u>	 	Região: <u>pe-Arto</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco		() Molhado (X) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adomilda Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 807 755/TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.47.438 - TE	Adomilda Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 807 755/TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.47.438 - TE
Observações:				

 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome Completo: _____		DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Prevenção: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____ Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____ PUPILAS () Fotorreagente () Mioticas () Midriáticas () Afebril () Regulatório Térmico () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		() Normotensão () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____		() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia Alterações: _____ Flatos: () Presente () Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Risco de Lesão Sinalizado:	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		() Edema Local: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente		() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para higiene	
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev. Quedas	
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 15 2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20 4. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30 5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20		6. Estado Mental 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 25 Superestima capacidade/Esquece limitação TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: Maior que 45 Sinalização do Risco: () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Risco registrado na placa de identificação leito	
		() Manter grades laterais elevadas () Identificar o risco de queda na placa de identificação () Auxiliar o paciente na higiene () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama () Manter cama com rodas travadas () Necessidade de contenção ao leito () Manter vigilância de ____ horas () Calçado seguro nos pés () Material de uso pessoal ao alcance do paciente	
		Registro Geral: _____ _____ _____	
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

2104-5T



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				monte
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				17h30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				sa
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				m
13					folha
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAII

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	75	20	36.8°C	
18 H	134/96	84	20	36.6°C	
24 H	113/80	87	20	36.4°C	

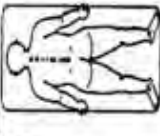
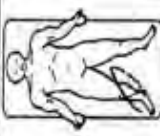
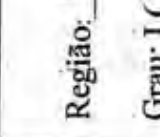
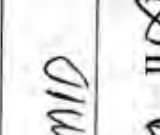
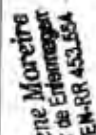
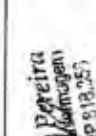
06 100/65 79 20 36.5°C

As 17h pac refere dor
Administado o item (5) com
Txi Rosario



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: <u>JEFFERSON PEREIRA</u>		Data: <u>23/01/2020</u>			
Leito: <u>404-5</u>					

Localização			Região: <u>MID</u>			Região:
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		Grau: I ☒ II ☐ ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		Grau: I ☐ II ☐ ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros					
Pele Periferecional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:					
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro:					
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco					
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%					
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:					
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	VERISSA RIBEIRO MOREIRA COREN-RR 453.554  Bárbara Sônia Gomes COREN-RR 918.257  Jefferson Pereira COREN-RR 918.257 					
Observações:						

HGR				SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____		Leito: _____		DN: ____/____/____	
Nome Completo: _____							
Hipótese Diagnóstica: _____							
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos							
Alergia: () Sim () Não		Qual (is): _____		Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Intérprete? () Sim () Não		Qual idioma: _____			
Pessoa acompanhante: () Sim () Não		Obs: _____					
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____							
SISTEMA NEURÓLOGO							
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____							
PUPILAS							
() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica		() Afebril () Febril () Hipertérmico					
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		() Alterações: _____					
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração							
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____							
SISTEMA CARDIOVASCULAR							
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico		() Normotenso () Distendido () Globoso					
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente					
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____					
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE							
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen		() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT					
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial					
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia					
CARACTERÍSTICAS DA PELE							
() Hidratada () Desidratada () Ressecada		Alterações: _____					
() Normocorada () Ictérica () Anictérica		Flatos: () Presente () Ausente					
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		() Edema Local: _____					
Risco de Lesão Sinalizado: _____							
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS							
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____		Trocar em: _____					
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____		Curativo realizado em: _____					
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Trocar em: _____					
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____					
Curativos: () Sim () Não Local: _____							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz		() Risco de Lesão por Pressão			
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas			
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração			
() Risco de glicemia instável		() Risco de Integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Risco de constipação			
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado		() Comunicação deficiente			
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene					
Escala de Morse							
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental		Prescrição de Cuidado Prev Quedas			
Não 0		Orientado/limitado/conhece as limitações 0		() Manter grades laterais elevadas			
Sim 25		Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Identificar o risco de queda na placa de identificação			
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:		() Auxiliar o paciente na higiene			
Não 0		Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama			
Sim 15		Risco Médio: 25 - 44		() Manter cama com rodas travadas			
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção ao leito			
Não 0		Sinalização do Risco:		() Manter vigilância de ____ horas			
Sim 20		() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		() Calçado seguro nos pés			
4. Auxílio na Deambulação		() Risco registrado na placa de identificação leito		() Material de uso pessoal ao alcance da mão			
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0							
Muleta/Bengala/Andador 15							
Mobiliário Parede 30							
5. Marcha/Deambulação							
Normal/Sem deambulação/Acamado 0							
Fraca 10							
Comprometida/Cambaleante 20							
Registro Geral:							
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____							



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO		
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2
IDADE	LEITO	404-5	DATA
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3			
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13			
14			
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALIZADO

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	88	19	36,2	
24 H	121x79	63	18	36,0	

06/131x70 | 81 | 16 | 36,0

Gico - Colocado exames
laboratoriais.

24/01/2020, administradas medicações, aferidos sinais vitais, realizados coleta de sangue e urina para exames laboratoriais.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não		Qual (is): _____ Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico		() Normotenso () Distendido () Globoso	
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico		Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen		() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT	
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada		Flatos: () Presente () Ausente	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica		() Edema Local: _____	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada		() Padrão respiratório ineficaz	
() Risco de infecção		() Ventilação espontânea prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada	
() Risco de constipação		() Risco de integridade da pele prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
() Volume de líquidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit no autocuidado para Higiene	
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		() Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		15 () Auxiliar o paciente na higiene	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Manter cama com rodas travadas	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Necessidade de contenção ao leito	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Manter vigilância de ____/____ horas	
Sim 20 Sinalização do Risco:		() Calçado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		()	
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobilidade Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Fraca 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

404-5

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		404-5		DATA	
ITEM							25/01/2020
1		DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2		AVP					5:00
3							manhã
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					08:20
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN					5:00
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06:00
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					5:00
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG.VO DE 8/8H SN					5:00
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					5:00
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5:00
11		CURATIVO DIÁRIO					5:00
12		SSVV + CCGG 6/6H					5:00
13							5:00
14							5:00
15							5:00
16							5:00
		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					5:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

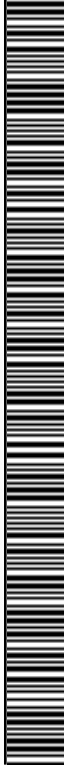
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

KEAII

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	136/93	89	26.3°C
18 H	136/77	98	36°C
24 H	120/78	94	36.7°C

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00 T 36.5 85 130/79



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Jefferson Pereira Fonseca				
Leito: 404-5		Data: 25/01/12			

Localização			Região: MID		Região: MID
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração () Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração () Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (x) 2	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração () Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (x) 2
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() 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	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado (x) Úmido () Seco	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado (x) Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (x) Diário	() 12/12 (x) Diário	() 12/12 (x) Diário	() 12/12 (x) Diário	() 12/12 (x) Diário
Profissional que realizou procedimento:	Renata	Renata	Renata	Renata	Renata
Observações:					

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE-ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	26/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				SN
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				28.20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				DB
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Roluna
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/TARDE.

22h - novo AVP com boa infusão MSD G=20.
Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado
medicações cfm

Dr. Ilderson P. Silva
Médico

Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/78	92	19	36°C
18 H	105/81	106	-	37,3°C
24 H	113/89	91	22	36,6°C

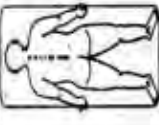
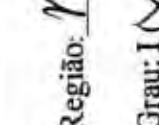
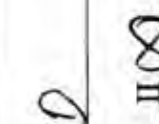
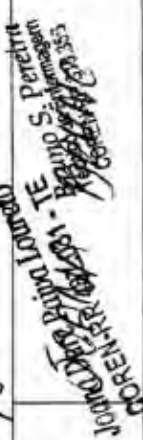
sem afecção e funcionamento

As 8.30 Trocado questo venoso e adminis-
trado medicação e Verificado SSVV
Téc. D. Barbosa

Maria da Rosa A. Vitor
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 158.431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –				
	HGR				
Paciente: <u>Jefferson Pereira</u>		Data: <u>26/01/2020</u>			
Leito: <u>404-5</u>					

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso () Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico Ruídos Hidroacústicos: () Presente () Ausente Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____ Alterações: _____			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial () Irrigação contínua () Outros: _____ Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia Alterações: _____			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Edema Local:	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____ () Normocorada () Ictérica () Anictérica () Risco de Lesão Sinalizado: _____ Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório Ineficaz () Risco de Lesão por Pressão () Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas () Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração () Risco de constipação () Risco de Integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada () Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente () Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15		() Manter grades laterais elevadas () Identificar o risco de queda na placa de identificação () Auxiliar o paciente na higiene () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama () Manter cama com rodas travadas () Necessidade de contenção ao leito () Manter vigilância de ____ horas () Calçado seguro nos pés () Material de uso pessoal ao alcance da mão	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: Maior que 45			
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sinalização do Risco: Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Risco registrado na placa de identificação leito			
4. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral:			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

2021-01-10

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2	27/01/2020	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				SN
3					20
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				20
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				20
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALIZ

SINAIS VITAIS

	6 H	PA	FC	FR	
12 H	111X60	94	-	35-94	
18 H	110X70	81		36°C	
24 H	112X75	112		36,2°C	

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

27/01/2020 administrados medicamentos aferidos sinais vitais
07-01-2020
06h PM 100/62
P 903
T 36,2
Paciente em repouso, administrados medicamentos, sinais vitais.



Marlene Prata
Assinatura de Marlene Prata
Assinatura de Marlene Prata

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1		Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>JEFFERSON PEREIRA</i>				
	HGR	Leito: <i>404-5</i>				
		Data: <i>27.01.2020</i>				

Localização	 Região: MID
Etiologia	Grau: I (☒) II (☒) () LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração X Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	X Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo X Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
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%
Cobertura primária	X Gaze X Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 X Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	MÔNICA Família do N. Silva Bruno S. Pereira Assessoria Social COPACABANA 618.356
Observações:	



404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Jefferson Pereira da Fonseca</i>					
AGNOSTIC <i>Osteossarcoma da tíbia e fêmur</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/01/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18h - 24h</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>SN</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>SN</i>
15	<i>Tenoxicam 40mg a 12/12h</i>				<i>SN</i>
16	<i>benzoniina 250mg a 12/12h</i>				<i>SN</i>
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. *Jefferson Pereira da Fonseca*

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: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	95/66	87	18	35.9
24 H	128/86	84	21	36.1°C
06 H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente retornou do
C.C. em 805 de Tenena
fria cirurgia de fratura
de péloas tibial.

06:00

Administrada medicação de
horário conforme prescrição
médica

(08/01/2021)

404-5

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN			
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		CLINDAMICINA	HAS	DM2			
IDADE		LEITO	404-5	DATA	28/01/2020		
ITEM						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3							
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13							
14							
15							
16		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%-40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RF 1733 RQE 676

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

OBS: Pauta no
C.C.

Felipe Augusto Cavalcante
CRM-RF 25342 - ENE

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	404-5	DATA	28/01/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HR S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Dr. *[Assinatura]*
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jeysaia Pereira da Faria, M, 24a

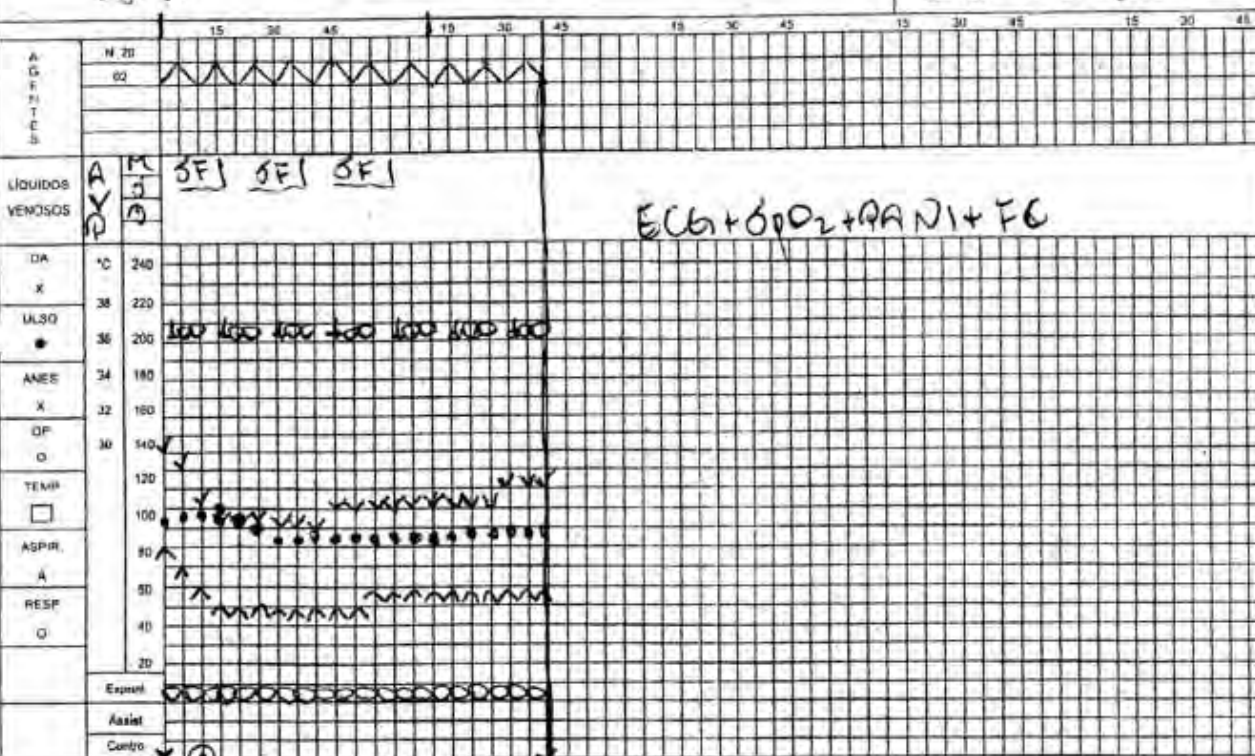
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

13:50

15:00

28 06 2020



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Propofol 20 mg	hipotensão	hipotensão	1. Chegou + monitorização
Midazolam 5 mg	hipotensão	hipotensão	2. Fentanil 50 µg IV
Fentanil 100 µg	hipotensão	hipotensão	3. Midazolam 2,5 mg IV
			4. Bentato
			5. Ringer 5A/LB-LH/antepila
			6. Ringer 26/LCH
			7. Ag. A, via SA
			8. 20A
			9. etomidato 1g IV
			10. etomidato 100 mg IV

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur tibial

Dr. Helder, Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.

Dr. Daniel, Dr. Bruno, Dr. Victor M.



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA SISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Felimon Pereira de Sousa

Data de Nasc: 12/04/1985 Idade: 34 a

Sector/Leito: 404-S

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 28/10/18

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA	
Cirurgia Proposta: <u>Coel. Pilonal</u>		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	
1. Informações: Jejum ☒ Sim () Não Prótese ☐ Sim () Não Exames ☒ Sim () Não Reserva UTI ☐ Sim () Não Lateralidade ☒ Sim () Não PNE ☐ Sim () Não Alergia ☒ Sim () Não Quil: <u>65.000</u> Reserva de Hemoderivado: ☐ Sim () Não Outros: _____		13:25	14:05	14:20	15:40		
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desambulando () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>112</u> bpm PA: <u>120/80</u> mmHg SAT: <u>98</u> % () Regular () Irregular		Cirurgia Realizada: <u>Coel. Pilonal</u>		Anestesia: <u>Rogue</u>		Posicionamento: <u>Dorsal</u>	
3. Sinais Vitais: Legendas: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Sim () Não 12. SVD () Sim () Não 13. Outros: _____ Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>36.5</u> °C R: _____ rpm PA: <u>114/62</u> mmHg SAT: <u>100</u> % () Regular () Irregular Destino: (x) SRPA () UTI () outros: _____		Anestesia: <u>Rogue</u> Localização: <u>Coel. Pilonal</u> 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: _____ Observações: <u>2h</u>		Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) Entrada: SNG/Volume Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros Saída: _____		Sinais Vitais: Horário T FC PA SPO2 ALDRE-TE DOR 0/10 15' 30' 45' 1h 01:30h	
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Per. calculado na</u> <u>Coel. Pilonal</u> <u>Sob anest. e em sala de cirurgia e fio de 2 seg cts</u> <u>teu nasal liberado da via aérea</u> <u>15:50h Admissão na sala e por 05:15h não há</u> <u>sub anest. e em sala de cirurgia e fio de 2 seg cts</u> <u>teu nasal liberado da via aérea</u>							

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

José Luciano dos Santos
COORDENADOR NQSP - HGR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

UK

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24º

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Pereira Fonseca	404-5	2001207666	28 / 01 / 2020

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese de Fêmur Tibial Dº	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	14:20	15:40	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Vitor	ANESTESISTA:	Dr. Helder
1º AUXILIAR	Res. Marcelo Marques	RES. ANESTESIA:	Res. Doniel
2º AUXILIAR	Res. Marco Brunner	INSTRUMENTADOR	
	Res. Pedro	CIRCULANTE	Quonde e Hilma
TIPO DE ANESTESIA:	Rogue	TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS. COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
8	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter D2	
			1	OUTROS: Agulha P/ rogue	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Louciano e Rebeco	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Masc ☐ 1 Fem ☒ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CUOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO			
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

28/01/20

O.S.:

Jefferson Pereira
na presença

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx de TND + placa (D).

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tro cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Osteossíntese de TND + Placa (D)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O músculo

CIRURGIÃO:

Dr. Bruno F. de Sá

2º AUXILIAR:

Dr. Marcos

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

Dr. Harner

INSTRUMENTADORA:

Dr. Vitor

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DMH sob analgesia.
- 2) Antissepsia + presença + colocação de curativo.
- 3) Incisão lateral em TND (D).
- 4) Remoção + fixação de placa 4/3 com 6 parafusos.
- 5) Incisão anterior aleatória, remoção + fixação de placa 2/2 com 2 parafusos.
- 6) LMC + revisão hemostática.
- 7) SUTURA + CURATIVO

Dr. Vitor Montenegro
Traumato-Ortopedia
CRM 191753

Dr. Vitor e
Dr. Bruno

Dr. Marcos Brunner
Ortopedia
CRM 191753



ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Jefferson Pereira Fonseca		IDADE: 24	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 2001207686	Data 28/01/2020
Bloco: D	Enfermaria: 404	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Dionde e Hilmo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: cx. de pequenas fragmentos cx. de pequena cirurgia					
Dados dos materiais/ Serviço					

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
	PLACA TERÇO DE CAMA 8 Furos			01
	PANAFUSO CORTICAL N° 12			02
	PANAFUSO CORTICAL N° 14			02
	PANAFUSO ESPANTOSO N° 18			02
	PANAFUSO CORTICAL N° 32			01
	PLACA PIVÔ TIBIAL bloqueado 5 Furos			01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 14			01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 34			01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 36			01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 40			02
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 30			03
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Vitor Montenegro</u>		1º AUXILIAR: <u>Res. Marcelo Marques</u> <u>Res. Marco Brunner</u> <u>Res. Pedro</u>		
INSTRUMENTADOR:				
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:		

[illegible]

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





ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Edilson Feiva da Silva
Responsável Cirúrgico

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

Consentimento ☒ Sim () Não

PULSO CIRÚRGICO

Aplica () Não se Aplica

ASA I

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Citadine, i.e.a.

☒ Não ☒ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim, e procedimento sendo realizado e planejamento para fluidos

Assinatura

Data

Hora

15/02/2021 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Helena Damasceno

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E

FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(*) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual:

Hora

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS

CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA

PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☒ Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

(*) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Pereira da Fonseca 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/01/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de TVE e plav. t. l. l. d. d. l.
NO DIA 28/01/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de TVE e plav. t. l. l. d. d. l. SENDO
OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. Vitor Montenegro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/01/20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/02/20 ÀS 7 horas COM O
DR. Bruno Figueiredo

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. [Assinatura]

BOA VISTA, 1 / 1 / 1



MÉDICO





JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA 1458

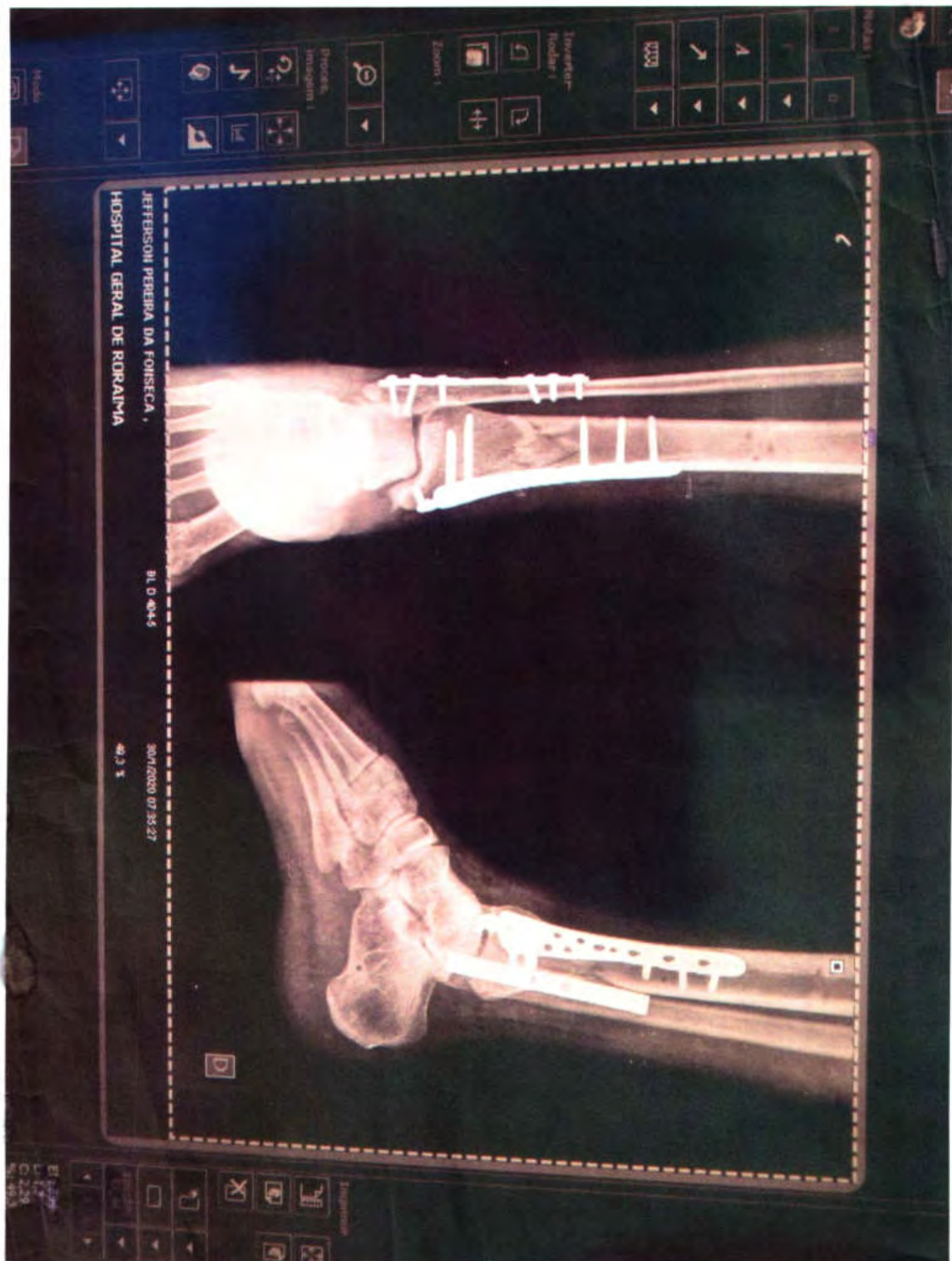
HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2020

Fabiola Castro

70,8 %





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDEM TODOS O TERRITÓRIOM NACIONAL

REGISTRO
GERAL 239717

DATA DE
EX/EDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

SOLUÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

INT./POLICIAO

SANTA INÊS - MA 09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTO CAS 10492 FL5 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Número de Matr. 1111

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200271866 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA **Data do acidente:** 10/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 4/19/49/52/66/72/117/122.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

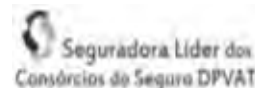
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jefferson Pereira da Fonseca
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 366143-4
CPF: 967.393.292-91 ENDEREÇO: R. Murilo Cidade 1523
BAIRRO: Silvio Lede CIDADE: Bom Jesus
CEP: 69.314-348

VITIMA: Jefferson Pereira da Fonseca
CPF: 967.393.292-91 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lavea Morreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bom Jesus RR, 09 de julho de 20 20

x Jefferson Pereira da Fonseca
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15995653



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000013447-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceros (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital de quem assina o pedido (a rgo) 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

Fls: 1

Visto:

Boa Vista, 21 de julho de 2020
[Assinatura]
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 16:25:32 Data/Hora Fim: 21/07/2020 16:25:32
Delegado de Polícia: Símona Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/01/2020 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Mecejana
Logradouro: R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 12/04/1995	Idade: 25
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Josilene Figueiredo Pereira		Nome do Pai: Ilson Rodrigues da Fonseca	

Documento(s)

CPF: 967.343.292-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R. Munilo T. Cidade Nº: 1523
Complemento: casa
Bairro: Dr. Silvio Leite CEP: 69.314-348
Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta
CPF/CNPJ do Proprietário 542.570.502-68	Placa NAZ8798
Renavam 01081388708	Número do Motor G3C3E-001127
Número do Chassi 9C8KG0380G0001133	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ250 LANDER
Veículo Aduziado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS - RECALL - RENAIFF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Pereira da Fonseca	Proprietário



Sinesp

Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 21/07/2020 17:00:05

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 10/01/2020, por volta das 10h:00min da manhã, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca, modelo XTZ250 LANDER, Placa NAZ-8798; QUE neste momento trafegava na rua Rua Paulo VI, em sentido Centro-Bairro; QUE no cruzamento da R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI, o comunicante não prestou atenção que havia uma elevação no asfalto, que tentou frear bruscamente, porém sem êxito, colidindo com esse elevação, que em seguida o comunicante foi arremessado uma grande distância do ponto de colisão; Que perdeu a lucidez por alguns minutos, e quando despertou não conseguia movimentar seu corpo, que alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima - HGR; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, que teve fraturas mais graves no tornozelo direito que o osso do tornozelo ficou exposto devido ao impacto do acidente, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva
Escritão de Polícia
Matrícula 42006511
Responsável pelo Atendimento

Jefferson Pereira da Fonseca
Comunicante, Villmã

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que o presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020
Hualacy Seelig, S. de Souza



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceros (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital de quem assina o pedido (a rgo) 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

