

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ **Data de Admissão:** ____/____/____ **Setor:** _____ **Leito:** _____
Diagnóstico Médico: _____ **Dias de Internação:** _____

AValiação Física

Sinais Vitais: PA: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ Temperatura: _____ Sat: _____ Dor: _____

Alergia: ☐ Não ☐ Sim – **Quais:** _____

Nível de Consciência: ☐ Acordado ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso

Estado Emocional: ☐ Tranquilo ☐ Ansioso ☐ Agressivo ☐ Agitado

Glasgow: _____

Sedação (analgesia):

Drogas: _____ ml/h **Drogas:** _____ ml/h

Drogas: _____ ml/h **Drogas:** _____ ml/h

Função Respiratória: ☐ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar Ambiente ☐ Macronebulização ____ l/min

☐ Ventilação Mecânica ☐ TOT ☐ TQT

Acesso Venoso: Local: _____ **Dias** _____ **Sinais Flogísticos:** ☐ Sim ☐ Não

Antibiótico: _____ **Dias** _____

Risco de Broncoaspiração: ☐ Sim ☐ Não

Função Vesical: ☐ Espontânea ☐ Sim **Aspecto da Urina:** _____

Diálise: Início _____ Término _____ Volume Retirado _____ Cateter _____ Local _____

Função Intestinal: ☐ Regular ☐ Ausente ☐ Constipado ____ dias ☐ Diarréia ____ dias

Alimentação: ☐ Dieta Zero ☐ Oral ☐ SNE ☐ GTT ☐ NPT

MEMBROS (Relatar edema, perfusão, pulsos, equimoses, hematomas, trações, fixações, coloração, imobilização e lesões)

Superior: _____

Inferior: _____

Pele/Mucosa: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Hidratadas ☐ Hipohidratadas ☐ Íntegra

Precauções: ☐ Contato ☐ Aérea ☐ Gotículas

Germe: _____ **Cultura Local:** _____

Comorbidades: ☐ Não ☐ Sim – **Quais:** _____

Lesão: ☐ Não ☐ Sim – **Local:** _____

Observações:

Data: ____/____/____

 Assinatura e Carimbo Enf.