HOSPITAL DI CAMP
ACOLHER CUIDAR CURAR

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ( ) F ( ) M

Setor: _____ Leito: _____ Data: _____/_____/_____

Cole a etiqueta aqui.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro:

Turno: ( ) SD ( ) SN

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCOS INDIVIDUALIZADO

( ) RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO ( ) RISCO PARA QUEDA ( ) RISCO PARA DOR ( ) RISCO PARA SANGRAMENTO ( ) RISCO PARA INFECÇÃO

( ) RISCO PARA LPP ( ) RISCO PARA FLEBITE ( ) RISCO GLICÊMICO

GERENCIAMENTO DE RISCOS INDIVIDUALIZADO

RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO	**APRAZAMENTO**
( ) ADMINISTRAR ____ ML DE ÁGUA EM SONDA ENTERAL APÓS INFUSÃO DA DIETA ENTERAL	
( ) ATENTAR RESTRIÇÃO HÍDRICA DE ____ ML/DIA E ANOTAR VOLUME ACEITO	
( ) ESTIMULAR INGESTA HÍDRICA E ANOTAR ACEITAÇÃO, CASO NÃO HAJA RESTRIÇÃO	
( ) ESTIMULAR / ( ) AUXILIAR ALIMENTAÇÃO E ANOTAR ACEITAÇÃO	
( ) ATENTAR JEJUM ORAL A PARTIR DE _____:_____HORAS	
( ) INSTALAR OXIGÊNOTERAPIA CONTÍNUA ( ) MNBZ ( ) CATÉTER DE O2 CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	
( ) ASPIRAR ( ) VAS / ( ) TQT	
( ) AVALIAR ASPECTO DA SECREÇÃO E COMUNICAR EM CASO DE MUDANÇA	
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30° / 45°	
( ) OBSERVAR ESCAPE DO CUFF E CUMUNICAR SE ALTERADO	
( ) OBSERVAR FIXAÇÃO DO TOT _____ CM DA COMISSURA LABIAL	
( ) OBSERVAR DISTENÇÃO ABDOMINAL, TOSSE E VÔMITO	
( ) TROCAR FIXAÇÃO DE SNE COM _____ / ( ) SNG	
( ) COMUNICAR ALTERAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO ACIMA DE _____ ABAIXO DE _____	
( ) POSICIONAR PACIENTE PARA ALÍVIO DA DISPNÉIA	
RISCO PARA QUEDA	
( ) MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS	
( ) DEIXAR CAMPAINHA PRÓXIMA AO PACIENTE	
( ) MANTER ALTURA DA CAMA MÍNIMA	
( ) ORIENTAR AO FAMILIAR QUANTO A NECESSIDADE DE UM ACOMPANHANTE	
( ) AUXILIAR NA DEAMBULAÇÃO	
( ) ATENTAR PARA ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	

RISCO PARA DOR	
( ) VERIFICAR, ANOTAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES EM SINAIS VITAIS	
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR PRESENÇA E INTENSIDADE DA DOR DE ACORDO COM ESCALA	
RISCO PARA SANGRAMENTO	
( ) OBSERVAR SÍTIO DA PUNÇÃO	
( ) AVALIAÇÃO DE MUCOSAS	
( ) OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE SANGRAMENTO	
( ) ANTICOAGULAÇÃO PLENA	
( ) OUTROS:	
RISCO PARA INFECÇÃO	
( ) GARANTIR FIXAÇÃO EM CVD - ( ) FEM - VASTO LATERAL DA COXA ( ) MASC - REGIÃO SUPRAPÚBICA	
( ) ESVAZIAR BOLSA COLETORA ANTES DE COMPLETAR 3/4 DO VOLUME	
( ) SALINIZAR ACESSO VENOSO ( ) PRÉ MEDICAÇÃO COM SOLUÇÃO SALINA ( ) PÓS MEDICAÇÃO COM SOLUÇÃO SALINA	
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS FLOGISTICOS OU PRESENÇA DE SECREÇÃO ( ) PVP ( ) PICC ( ) HD	
( ) SE PICC REALIZAR SALINIZAÇÃO TURBILHONADA PRÉ E PÓS MEDICAÇÃO	
( ) DRENO: _____ LOCAL: _____	
( ) PRECAUÇÃO DE CONTATO ( ) TROCAR CAPOTE A 12/12H ( ) USO ÚNICO (MDR)	
( ) REALIZAR CONTROLE, ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E CARACTERÍSTICA DA DIURESE E DESCONFORTO E COMUNICAR ENFERMEIRO	
( ) REALIZAR HIGIENE ÍNTIMA A CADA TROCA DE FRALDA	
RISCO PARA LPP	
( ) INSPECIONAR RESSECAMENTO E UMIDADE EXCESSIVA DA PELE	
( ) INVESTIGAR ÁREAS DE HIPEREMIA, CIANOSE, RUPTURA DA PELE E BAIXA PERFUSÃO TECIDUAL	
( ) COMUNICAR SATURAÇÃO DO CURATIVO	
( ) APLICAR CREME BARREIRA NA PELE	
( ) MUDANÇA DE DECÚBITO _____/_____HORAS	
RISCO DE FLEBITE	
( ) DATA DA PUNÇÃO _____/_____/_____ LOCAL: _____ TROCAR ACESSO EM _____/_____/_____	
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	
( ) VERIFICAR E ANOTAR GLICEMIA CAPILAR A CADA _____/_____ HORAS E COMUNICAR (ACIMA DE _____ E ABAIXO DE _____)	
OUTROS	
( ) ANOTAR FREQUÊNCIA E ASPECTOS DAS ELIMINAÇÕES INTESTINAIS	
( ) COMPRESSOR DE MMII / ( ) COLCHÃO PNEUMÁTICO / ( ) VERIFICAR O FUNCIONAMENTO	
( ) CONTENÇÃO MECÂNICA	

_____ _____

Carimbo e assinatura do Enf. **Carimbo e assinatura do Téc. Enf.**