

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Nome Social (Se Houver) : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Setor: _____ Leito: _____ Diagnóstico: _____ Alergia: _____ Data: ____/____/____ Turno: () SD () SN Banho: () Sim () Não	COLE A ETIQUETA AQUI
---	----------------------

PRECAUÇÃO	LESÃO DE PELE	PROFILAXIA TEV	DIETAS
☐ Contato ☐ Aérea ☐ Rastreio SWAB em: ____/____/____ SWAB Day: ____/____/____	☐ Íntegra ☐ Úlcera por Pressão Outros: _____ _____	☐ Medicamento ☐ Compressor Pneumático Data da Retirada: ____/____/____ Hora: ____:____	☐ Via Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero Motivo: _____ _____

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL	OBSERVAÇÕES:
☐ AVP Data: ____/____/____ ☐ GTT ☐ CVD ☐ PVP ☐ PAM ☐ CNE Drenos: _____ Local: _____	Diurese: () Ausente () Presente Evacuação: () Ausente () Presente Data: ____/____/____	

CHECKLIST BEIRA LEITO	
☐ Cabos Completos ☐ Prontuário Afetivo ☐ Placas de Leitos ☐ Almotolia ☐ Colchão Pneumático ☐ Pulseiras (Branca, Rosa e Vermelha) ☐ Álcool Gel ☐ Capotes ☐ Material Beira Leito (Gazes, Luvas, Cariax, Cavilon Sray, Álcool 70%, Álcool Gel e Colírio se Necessário)	
Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SD:	Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SN:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Nome Social (Se Houver) : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Setor: _____ Leito: _____ Diagnóstico: _____ Alergia: _____ Data: ____/____/____ Turno: () SD () SN Banho: () Sim () Não	COLE A ETIQUETA AQUI
---	----------------------

PRECAUÇÃO	LESÃO DE PELE	PROFILAXIA TEV	DIETAS
☐ Contato ☐ Aérea ☐ Rastreio SWAB em: ____/____/____ SWAB Day: ____/____/____	☐ Íntegra ☐ Úlcera por Pressão Outros: _____ _____	☐ Medicamento ☐ Compressor Pneumático Data da Retirada: ____/____/____ Hora: ____:____	☐ Via Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero Motivo: _____ _____

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL	OBSERVAÇÕES:
☐ AVP Data: ____/____/____ ☐ GTT ☐ CVD ☐ PVP ☐ PAM ☐ CNE Drenos: _____ Local: _____	Diurese: () Ausente () Presente Evacuação: () Ausente () Presente Data: ____/____/____	

CHECKLIST BEIRA LEITO	
☐ Cabos Completos ☐ Prontuário Afetivo ☐ Placas de Leitos ☐ Almotolia ☐ Colchão Pneumático ☐ Pulseiras (Branca, Rosa e Vermelha) ☐ Álcool Gel ☐ Capotes ☐ Material Beira Leito (Gazes, Luvas, Cariax, Cavilon Sray, Álcool 70%, Álcool Gel e Colírio se Necessário)	
Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SN:	Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SD:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Nome Social (Se Houver) : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Setor: _____ Leito: _____ Diagnóstico: _____ Alergia: _____ Data: ____/____/____ Turno: () SD () SN Banho: () Sim () Não	COLE A ETIQUETA AQUI
---	--

PRECAUÇÃO	LESÃO DE PELE	PROFILAXIA TEV	DIETAS
() Contato () Aérea () Rastreio SWAB em: ____/____/____ SWAB Day: ____/____/____	() Íntegra () Úlcera por Pressão Outros: _____ _____	() Medicamento () Compressor Pneumático Data da Retirada: ____/____/____ Hora: ____:____	() Via Oral () Enteral () Parenteral () Zero Motivo: _____ _____

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL	OBSERVAÇÕES:
() AVP Data: ____/____/____ () GTT () CVD () PVP () PAM () CNE Drenos: _____ Local: _____	Diurese: () Ausente () Presente Evacuação: () Ausente () Presente Data: ____/____/____	

CHECKLIST BEIRA LEITO	
() Cabos Completos () Prontuário Afetivo () Placas de Leitos () Almotolia () Colchão Pneumático () Pulseiras (Branca, Rosa e Vermelha) () Álcool Gel () Capotes () Material Beira Leito (Gazes, Luvas, Cariax, Cavilon Sray, Álcool 70%, Álcool Gel e Colírio se Necessário)	
Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SD:	Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SN:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Nome Social (Se Houver) : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Setor: _____ Leito: _____ Diagnóstico: _____ Alergia: _____ Data: ____/____/____ Turno: () SD () SN Banho: () Sim () Não	COLE A ETIQUETA AQUI
---	--

PRECAUÇÃO	LESÃO DE PELE	PROFILAXIA TEV	DIETAS
() Contato () Aérea () Rastreio SWAB em: ____/____/____ SWAB Day: ____/____/____	() Íntegra () Úlcera por Pressão Outros: _____ _____	() Medicamento () Compressor Pneumático Data da Retirada: ____/____/____ Hora: ____:____	() Via Oral () Enteral () Parenteral () Zero Motivo: _____ _____

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL	OBSERVAÇÕES:
() AVP Data: ____/____/____ () GTT () CVD () PVP () PAM () CNE Drenos: _____ Local: _____	Diurese: () Ausente () Presente Evacuação: () Ausente () Presente Data: ____/____/____	

CHECKLIST BEIRA LEITO	
() Cabos Completos () Prontuário Afetivo () Placas de Leitos () Almotolia () Colchão Pneumático () Pulseiras (Branca, Rosa e Vermelha) () Álcool Gel () Capotes () Material Beira Leito (Gazes, Luvas, Cariax, Cavilon Sray, Álcool 70%, Álcool Gel e Colírio se Necessário)	
Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SN:	Carimbo e Assinatura – Técnico de Enfermagem(a) SD: