

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____

Data do Acionamento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

COLE A ETIQUETA AQUI

Hora do Acionamento: ____:____ Hora do Atendimento: ____:____ Hora do **TÉRMINO** do Atendimento: ____:____

PARÂMETROS NO MOMENTO DO ACIONAMENTO

PA: ____X____ mmHg FC: ____ Bpm FR: ____ irpm Tax: ____ °C SpO2: ____ % Dor/EVA: ____ HGT: ____ mg/dL

ATENDIMENTO IMEDIATO

- ☐ PCR
- ☐ Dor Torácica (Realizar ECG)
- ☐ NEWS / MEOWS (de acordo com o fluxograma)
- ☐ Convulsão
- ☐ Padrão respiratório irregular OU Cianose
- ☐ Reação alérgica
- ☐ Dor EVA > 7
- ☐ Síncope
- ☐ Glicemia < 60mg/dL (com sintomas) OU < 50mg/dL OU > 300mg/dL (após 1 hora da administração da insulina)
- ☐ Queda
- ☐ Sangramento agudo
- ☐ Vômitos incoercíveis
- ☐ Ideação suicida
- ☐ Redução de Débito Urinário <50ml/4h ou paciente ficar sem urinar por mais que 6 horas.
- ☐ Outros: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HORA DO DIAGNÓSTICO: ____:____

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS/RISCO CLÍNICO ASSOCIADO: ☐ Dor torácica ☐ SEPSE

PLANO TERAPÊUTICO/OBSERVAÇÕES

DESFECHO

☐ Permanência no quarto ☐ Transferência para Emergência ☐ Transferência para o CTI ☐ Óbito

Em caso de Óbito ou de transferência do paciente para o CTI/Emergência, o Médico deverá contatar o médico assistente e a família do paciente.

FALHAS ENCONTRADAS

- ☐ Demora no acionamento ☐ Falta de informações adequadas na passagem de plantão do caso ☐ Outros: _____
- ☐ Falha na atuação durante o atendimento do TRR ☐ Identificação incorreta da instabilidade

Médico: _____ Enfermeiro: _____ Tec. Enfermagem: _____