

Paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M
Setor: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

Cole a etiqueta aqui.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCOS INDIVIDUALIZADO

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

GERENCIAMENTO DE RISCOS INDIVIDUALIZADO

RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

APRAZAMENTO

() ADMINISTRA ____ ML DE ÁGUA EM Sonda enteral após infusão da dieta enteral	
() SUPERVISIONAR 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	
() SUPERVISIONAR JEJUM ORAL a partir de ____:____ HORAS	
() INSTALAR OXIGÊNOTERAPIA CONTÍNUA () MNBZ () CATÉTER DE O2 conforme prescrição médica	
() ASPIRAR () VAS / () TQT	
() AVALIAR ASPECTO DA SECREÇÃO	
() MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30° / 45°	
() OBSERVAR ALTERAÇÃO DO DISPOSITIVO DO CUFF E COMUNICAR SE ALTERADO	
() FIXAR TOT NO N° _____ OBSERVAR COMISSURA LABIAL	
() OBSERVAR DISTENÇÃO ABDOMINAL, TOSSE E VÔMITO	
() TROCAR FIXAÇÃO DE SNE COM _____ / () SNG	
() VERIFICAR E ANOTAR GLICEMIA CAPILAR A CADA ____:____ HORAS, comunicando alterações	
RISCO PARA QUEDA	
() MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS	
() ESTRATIFICAR O RISCO DE QUEDA DIÁRIAMENTE conforme protocolo	
() DEIXAR CAMPAINHA PRÓXIMA AO PACIENTE	
() MANTER ALTURA DA CAMA MÍNIMA	
() ORIENTAR AO FAMILIAR QUANTO A NECESSIDADE DE UM ACOMPANHANTE	
() AUXILIAR NA DEAMBULAÇÃO	
() MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ HORAS	
() 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	
RISCO PARA INFECÇÃO	
() GARANTIR FIXAÇÃO EM SVD	
() ESVAZIAR BOLSA COLETORA ANTES DE COMPLETAR 3/4 DO VOLUME	
() SALINIZAR ACESSO VENOSO () PÓS MEDICAÇÃO / () _____ AO DIA	
() TROCAR SELO D'ÁGUA	
() DRENO: _____ LOCAL: _____	
() TROCAR CURATIVA DA INCISÃO CIRÚRGICA COM SOLUÇÃO ALCÓOLICA	
() COMUNICAR EM CASO DE SUGIDADE EM CURATIVO CIRÚRGICO	
() REALIZAR CONTROLE E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E CARACTERÍSTICA DA DIURESE	
() VERIFICAR E COMUNICAR DESCONFORTO OU DOR AO URINAR	
() COMUNICAR ALTERAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO	
() POSICIONAR PACIENTE PARA ALÍVIO DA DISPNEIA	
() ANOTAR FREQUÊNCIA E ASPECTOS DAS ELIMINAÇÕES INTESTINAIS	
RISCO PARA LPP	
() INSPECIONAR RESSECAMENTO E UMIDADE EXCESSIVA DA PELE	
() INVESTIGAR ÁREAS DE HIPEREMIA, CIANOSE, RUPTURA DA PELE E BAIXA PERFUSÃO TECIDUAL	
() AVALIAR E REGISTRAR ASPECTO DA LESÃO	
() REALIZAR CURATIVO EM _____ COM: _____	
() REALIZAR CURATIVO EM _____ COM: _____	
() REALIZAR CURATIVO EM _____ COM: _____	
() REALIZAR CURATIVO EM _____ COM: _____	
() REALIZAR CURATIVO EM _____ COM: _____	
() APLICAR CREME BARREIRA NA PELE	
() COMPRESSOR DE MMII / () COLCHÃO PNEUMÁTICO / () VERIFICAR O FUNCIONAMENTO	
RISCO DE FLEBITE	
() DATA DA PUNÇÃO ____/____/____ LOCAL: _____ TROCAR ACESSO EM ____/____/____	
() OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS EM ACESSO () AVP () PVP () PIC () HD	