


NOME COMPLETO: _____ **DN:** ___/___/___ **IDADE:** _____ anos
DIAGNÓSTICO: _____
ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO **DATA DE INTERNAÇÃO:** ___/___/___ **SETOR:** _____ **Leito:** _____
DIETA: () VO _____ () SNG/SNE () NPT () DIETA ZERO () JEJUM a partir do dia: ___/___/___ às ____:____
Para: () Cirurgia de _____ () Exame de: _____ **Horário do procedimento:** ____: ____

ANAMNESE

COMORBIDADES	JÁ ESTEVE INTERNADO?	POSSUI ALERGIA	
() HAS () DM () AVC () DPOC () NEGA () OUTROS: _____	() NÃO () SIM () NÃO SABE INFORMAR QUANDO: _____ INSTITUIÇÃO: _____	() NÃO () SIM () NÃO SOUBE INFORMAR QUAIS: _____	
FUMANTE	FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS	FAZ USO DE ÁLCOOL	MORA EM
() SIM –FREQUENCIA: _____ () NÃO () EX FUMANTE HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() SIM –FREQUENCIA: _____ () NÃO () EX USUÁRIO HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() SIM -FREQUÊNCIA: _____ () NÃO HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() Zona Urbana () Rural
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?	() NÃO () SIM. Qual(is): _____		

EXAME FÍSICO

CONSCIÊNCIA	PUPILAS	PADRÃO VENTILATÓRIO	EXTREMIDADES	ACESSO VENOSO	FORÇA MUSCULAR	AVALIAÇÃO DA MARCHA
() Acordado	() Isocóricas	() Eupneico () Dispneico	() Perfundidas	() Periférico () Profundo. Data: ___/___/___	() Normal	() Normal () Acamado
() Lúcido	() Anisocóricas	() Taquipneico () Bradipneico	() Mal perfundidas	() Shilley Data: ___/___/___	() Paresia	() Deambula sem auxílio
() Orientado	() Midriáticas	MODO VENTILATÓRIO	() Aquecidas () Frias	() Mono Lúmen () Duplo Lúmen () Triplo Lúmen	() Parestesia	() Deambula com auxílio de _____
() Desorientado	() Mióticas	() Ar ambiente () Traqueostomia	() Cianóticas	Local: _____ Data do curativo: ___/___/___	() Plegia	
() Torporoso	FOTORREAGENTES	() O2 à ___l/min () TOT () BIPAP	() Acianóticas	() Sem acesso	() Hemiparesia à ____	() Fixação externa/tração
() Comatoso	() Sim () Não	() Macronebulização à ___L/min	() Edema em: _____		() Hemiplegia à ____	Local: _____
ABDOMEN	EVACUAÇÃO	SISTEMA RENAL	SINAIS VITAIS	ESCALA DE DOR		
() Normotenso	() Presente	() Espontânea	PA: mmHG			
() Globoso () Flácido	() Ausente à ___ dias	() Fralda	TAX:			
() Distendido () Plano	() Diarréia	() Cistostomia () SVD	FC:			
() Ascítico () Tenso	() Colostomia	Data: ___/___/___	FR:			
() Indolor a palpação	() Ileostomia	() Disúria () Anúria	SATURAÇÃO:			
() Dor a palpação	() Melena	() Hematúria () Piúria	GLICEMIA:	Valores identificado na Escala: _____		
PELE	() Íntegra: () Não íntegra () LPP REGIÃO: _____		PAM:	ENFERMEIRO - CARIMBO E ASSINATURA		