

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Código: F.HABF.164

Versão: 00

Elaboração: 20/09/2023

Nome Completo do Paciente:										Nº atendimento:			
Data de Nascimento:				Leito:						Setor:			
Precaução: () Padrão () Contato () Aerossóis () Gotículas () Preventivo													
DATA DO DIA	DADOS VITAIS - NEWS								DEMAIS CONTROLES				
__/__/__	Nível de Consciência	FR	FC	TAX	PA	O ₂	Sat%	Total NEWS	Dor	HGT	CORREÇÃO GLICEMIA	ÂNGULO DA CABECEIRA 30º	
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													
Hora:													
SCORES NEWS													

Téc. de enfermagem diurno	Téc. de enfermagem Noturno	Enfermeiro diurno	Enfermeiro Noturno
---------------------------	----------------------------	-------------------	--------------------



NEWS								Score NEWS	Risco	Frequência de monitorização	Resposta clínica	
	3	2	1	0	1	2	3	Total 0	Baixo	Mínimo 12 horas	Continue a monitoração de NEWS de rotina	
Frequência Respiratória (por minuto)	≤8		9 - 11	12-20		21-24	≥25	Total 01 a 04	Baixo	Mínimo de 4 a 6 horas	Comunicar enfermeiro para avaliar o paciente.	
Saturação O ₂ (Spo ₂)	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			Decidir se é necessária aumentar a frequência de monitoramento e / ou ajustar os cuidados;					
Uso de oxigênio suplementar		Oxigênio		Ar ambiente								
Pressão Sistólica (mmHg)	≤90	91 - 100	101-110	111-219			≥220	Total de 05 ou mais	Médio	A cada 1 hora	Enfermeiro informa urgentemente a equipe médica para avaliar paciente	
Frequência Cardíaca (por minuto)	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111-130	≥131				Mais de 03 pontos em um dos parâmetros	Seguir Fluxo Protocolo de Deterioração Clínica
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0		≥39.1					Instalação de monitoramento;
Nível de Consciência				Alerta Glasgow 15			Confusão aguda Resposta a voz ou a dor Irresponsivo	Total de 07 ou mais	Alto	Monitoramento contínuo de sinais vitais	Avaliar transferência a UTI	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Código: F.HABF.164

Versão: 00

Elaboração: 20/09/2023

1.AVALIAÇÃO INICIAL:

Escore de NEWS de admissão: _____ às ____h:____min.

Os parâmetros de piora do NEWS (valor dos sinais vitais) são: _____.

Este é um paciente com diagnóstico de _____

Conduta do enfermeiro: Avaliar sinais vitais de 6/6 horas () SIM () NÃO

Avaliar sinais vitais de 4/4 horas () SIM () NÃO

Enfermeiro informa urgentemente equipe médica para avaliar o paciente () SIM () NÃO

Comuniquei ao médico _____ da piora às ____h:____min

Evolução da intercorrência:

2.RELATO DA AVALIAÇÃO MÉDICA:

Médico confirma Escore: () Sim () Não, qual o valor? _____

Ele (a) afastou infecção? () Sim () Não

Foi aberto o protocolo de sepse?

() Sim () Não, justificativa dele: _____

(OBS. IMPORTANTE: caso infecção **não** seja afastada e NEWS \geq 5 o protocolo da instituição é aplicar o *Bundle* (pacote) de 1 hora, mesmo se o paciente estiver com antibiótico.

Qual foco provável? _____

Médico não abriu protocolo e a suspeita diagnóstica foi (Assinale baixo):

() Piora cardiológica IAM/ICC

() Piora pulmonar EAP/ broncoespasmo/outro/ DPOC descompensado

() Piora neurológica /crise convulsiva/ rebaixamento nível de consciência

() PCR

() outro: _____

3.CONDUTA REALIZADA NO CASO DE ABERTURA DO PROTOCOLO DE SEPSE

Aplicado pacote (Bundle) de Sepse dentro 1 hora () Sim () Não

() Coletado Hemocultura ____: ____h

() Antibiótico Endovenoso ____: ____h

4.REAVALIAÇÃO:

Médico reavaliou paciente após 01 hora de abertura do protocolo () Sim,

Conduta: _____

Transferência para UTI () Sim () Não ____: ____h

Transferência para Sala de Emergência () Sim () Não ____: ____h

Transferência para Sala de Estabilização () Sim () Não ____: ____h

Mantém o paciente na Unidade e intensifica os Sinais Vitais e Cuidados () Sim () Não

Solicitado novos Exames Laboratórios () Sim () Não ____: ____h

Realiza troca de Antibiótico () Sim () Não ____: ____h

Enfermeiro reavaliou paciente após 01 hora de abertura do protocolo () Sim () Não ____: ____h

Óbito () Sim () Não ____: ____h

Preenchimento pelo enfermeiro da unidade - **EVOLUÇÃO:**

TRANSFERÊNCIA PARA: () SALA DE EMERGÊNCIA () UTI () SALA DE ESTABILIZAÇÃO () horário ____: ____h

ÓBITO? () NÃO () SIM - HORÁRIO: ____: ____h

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

