

IDENTIFICAÇÃO DO LEITO

NOME DO PACIENTE		GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS <input type="checkbox"/> ALERGIA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> FLEBITE <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> MEMBRO PRESERVADO
DATA DE NASCIMENTO		
NOME DA MÃE		
ATENDIMENTO	DATA DA ADMISSÃO	
ESPECIALIDADE		
LEITO	SETOR	
RISCO NUTRICIONAL (Campo exclusivo do nutricionista)	ALERGIAS	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL: _____	