

Paciente: _____

Registro: _____ **Leito:** _____ **Sexo:** _____ **Idade:** _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1- Paciente identificado?	Sim [] Não []	[] Providenciada a identificação
2- Identificação legível?	Sim [] Não []	[] Identificação substituída
3- Identificação possui duas ou mais informações?	Sim [] Não []	[] Inserida mais informações
4- Classificação de risco identificada?	Sim [] Não []	[] Registrada a classificação

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5- Paciente é alérgico?	Sim [] _____ Não [] Não informa []	
6- Se alérgico, está identificado?	Sim [] Não [] NSA []	[] Identificado
7- As infusões são identificadas	Sim [] Não [] NSA []	[] Identificadas

RISCO DE QUEDA		INTERVENÇÃO
8- Sinalizado grau de risco para queda?	Sim [] Não []	[] Avaliado e sinalizado o risco
9- Paciente / acompanhante foi orientado quanto ao risco de queda?	Sim [] Não []	[] Orientação realizada
10- As grades estão elevadas?	Sim [] Não [] NSA []	[] as grades foram elevadas

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11- Solução alcoólica para higiene das mãos disponível?	Sim [] Não []	[] solução alcoólica disponibilizada

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12- Apresenta risco de lesão por pressão?	Sim [] Não []	[] Avaliado**
13- Sinalizado o grau de risco?	Sim [] Não []	[] Sinalizado grau de risco
14- Apresenta lesão por pressão?	Sim [] Não []	[] Registrado em prontuário

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15- Paciente pré-operatório?	Sim [] Não []	
16- Paciente em jejum?	Sim [] Não []	
17- Sítio cirúrgico demarcado?	Sim [] Não [] NSA []	[] Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18- Tipagem sanguínea realizada?	Sim [] Não [] NSA []	

*NSA: Não se Aplica

**Escala de avaliação de risco no verso deste impresso

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____:____ H

IDENTIFICAÇÃO / REGISTRO PROFISSIONAL: _____

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Morse Fall Scale	Respostas	Pontos
1- Histórico de quedas (até 3 meses da última queda)	NÃO - 0	
	SIM - 25	
2- Diagnóstico secundário (mais de um diagnóstico)	NÃO - 0	
	SIM - 15	
3- Deambulação	Nenhum / Acamado – 0	
	Muletas / Bengalas – 15	
	Apoia-se em mobiliário / Paredes – 30	
4- Terapia endovenosa / dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO - 0	
	SIM - 20	
5- Marcha	Normal / sem deambulação (cadeiras de rodas) – 0	
	Fraca – 10	
	Comprometida / Cambaleante – 20	
6- Estado Mental	Orientado / capaz com sua capacidade – 0	
	Superestima capacidade / Esquece limitações – 15	
PARÂMETROS	RISCO BAIXO – 0 - 24	
	RISCO MODERADO – 25 – 44	
	RISCO ALTO - ≥ 45	

 FONTE: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013)

AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Braden Scale	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de responder à pressão de desconforto	Completamente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
UMIDADE: exposição da pele	Constantemente	Muito	Ocasionalmente	Raramente	
ATIVIDADE	Acamado	Restritos à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	
MOBILIDADE: habilidade e controlar posições	Completamente imobilizado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO: ingestão alimentar	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema aparente	--	
PARÂMETROS	15 – 18 risco baixo		10 – 12 risco alto		TOTAL:
	13 – 14 risco moderado		≤ 9 risco muito alto		