



SAFETY HUDDLE - ADMISSÃO SEGURA

CÓDIGO: F.HEC.987



VERSÃO: 00

ELABORAÇÃO: 11/10/2023

Paciente:

Médico assistente:

Enfermeira:

Data de nascimento: __/__/____

Idade:

Sexo: M F

Data da internação: __/__/____

Previsão de alta: __/__/____

Nome da mãe:

HISTÓRICO

Motivo da internação:

Alergias: Não Sim, quais:

Levantada todas as comorbidades associadas? Não Sim

Histórico de cirurgia prévia? Não Sim

Histórico de reação transfusional? Não Sim

Fugulin:

News admissão:

Uso prévio de antibioticoterapia (últimos 90 dias)? Não Sim, quais/data término:

Realizado levantamento prévio dos medicamentos em uso? Não Sim

Realizada Reconciliação medicamentosa? Não Sim

Reinternação no serviço com menos de 30 dias? Não Sim, data/ motivo:

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DE RISCOS

Há dispositivos invasivos? Não Sim. Qual? ____ (Data __/__/__) ____ (Data __/__/__) ____ (Data __/__/__) ____ (Data __/__/__)

Riscos assistenciais mapeados? Não Sim. Há medidas para contingenciamento dos riscos estabelecidos: Não Sim

Há indicação de medidas de prevenção para LPP? Não Sim. Há medidas estabelecidas? Não Sim

Há indicação de medidas de prevenção para Broncoaspiração? Não Sim. Há medidas estabelecidas? Não Sim

Há indicação para profilaxia de lesão aguda de mucosa gástrica: Não Sim. Profilaxia prescrita: Sim Não N/A

Há indicação para profilaxia de tromboembolismo venoso: Contraindicado Não Sim. Profilaxia prescrita: Sim Não N/A

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social Fonoaudiologia Outras:

Equipe acionada: Não Sim

PLANO TERAPEUTICO

Há algum exame pendente para definição do diagnóstico / problema ativo? Não Sim, Qual:

Diagnóstico / problema ativo definido? Não Sim, Qual(is):

Há indicação de limitação de suporte invasivo? Não Sim

Metas foram definidas? Não Sim

Data prevista da alta:

Observações:

Assinatura: _____