SAFETY HUDDLE - MONITORAMENTO

FUNDAÇÃO NOVA CAPIXABA

HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL BENÍCIO TAVARES PEREIRA

SUS – Sistema Único de Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – Secretaria da Saúde

CÓDIGO: F.HEC.988 **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:				

MONITORAMENTO DIÁRIO

Data		____/____/_____	____/____/_____	____/____/_____	____/____/_____	____/____/_____	____/____/_____	____/____/_____
Há necessidade de manutenção de internação?		☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
		Motivo:	Motivo:	Motivo:	Motivo:	Motivo:	Motivo:	Motivo:
Qual meta para hoje?								
Há alguma pendência para cumprimento de meta?		☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
Plano de alta definido?		☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
Há alguma pendência para alta?		☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
Há algum ponto de atenção para próximas horas?		☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
Assinatura	Médico							
	Enfermeiro							

PENDÊNCIAS			PONTO DE ATENÇÃO		
Data	Qual?	Ação	Data	Qual?	Recomendação
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		
____/____/_____			____/____/_____		