

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DISPONÍVEL:

RA: _____

PACIENTE: _____

NOMA DA MÃE: _____

NASC: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: [] M [] F

DATA: ____/____/____

LEITO: _____

PROCEDÊNCIA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

MOTIVO DE INTERNAÇÃO NA UTI :

HISTÓRIA CLÍNICA:

COMORBIDADES:

SINAIS VITAIS DE ADMISSÃO: FC: _____ BPM; PA: _____ MMHG; TAX: _____ °C; SAT: _____ %

GLASGOW: 3-4 [] 5 [] 6 [] 7-12 [] ≥13 []

NEUROLÓGICO: EFEITO DE MASSA []; DÉFICT FOCAL []; CONVULSÃO []; COMA, CONFUSÃO, AGITAÇÃO []

DVA: NÃO [] SIM [] QUAL: _____

OXIGENAÇÃO: P/F < 100 E AVM [] P/F ≥ 100 E AVM [] PAO2 < 60 SEM AVM [] PAO2 ≥ 60 SEM AVM []

EXAME FÍSICO:

GERAL/NEURO:

ACV:

AR:

AGI:

RENAL/METABÓLICO:

HEMATO/INFECCIOSO:

CONDUTA:

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO