

NOME COMPLETO DO PACIENTE:				DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___		
Nº ATENDIMENTO:				BOX:		
ITEM	DESCRIÇÃO	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1	Analgesia/sedação /aminas ?	( ) NA ( ) Ajustar ( ) Reduzir ( ) Suspende	( ) NA ( ) Ajustar ( ) Reduzir ( ) Suspende	( ) NA ( ) Ajustar ( ) Reduzir ( ) Suspende	( ) NA ( ) Ajustar ( ) Reduzir ( ) Suspende	( ) NA ( ) Ajustar ( ) Reduzir ( ) Suspende
2	Em uso de antibióticos ?	( ) NA ( ) Suspende ( ) Trocar ( ) Iniciar	( ) NA ( ) Suspende ( ) Trocar ( ) Iniciar	( ) NA ( ) Suspende ( ) Trocar ( ) Iniciar	( ) NA ( ) Suspende ( ) Trocar ( ) Iniciar	( ) NA ( ) Suspende ( ) Trocar ( ) Iniciar
3	O controle glicêmico está dentro da meta ( 80-180ng/dl)?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
4	Previsão de transferência para enfermaria?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim Data da Previsão: _____	( ) NA ( ) Não ( ) Sim Data da Previsão: _____	( ) NA ( ) Não ( ) Sim Data da Previsão: _____	( ) NA ( ) Não ( ) Sim Data da Previsão: _____	( ) NA ( ) Não ( ) Sim Data da Previsão: _____
5	Uso de profilaxias aplicadas (TVP, Úlcera de Córnea, Úlcera duodenal, LPP) ?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
6	Algum dispositivo invasivo que possa ser removido?	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim Qual ? _____
7	Iniciar extubação ou desmame ventilatório?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
8	Rima labial (feminina -22 e masculina 24) ?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
9	Volume corrente está adequado (6-8 ml/kg) ?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
10	A pressão de cuff está de 25 a 30cmH2 ?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim	( ) NA ( ) Não ( ) Sim
11	Mobilizar paciente no leito: mobilização Ativa / mobilização passiva ?	( ) NA ( ) Não ( ) Sim ( ) Ativa ( ) Passiva	( ) NA ( ) Não ( ) Sim ( ) Ativa ( ) Passiva	( ) NA ( ) Não ( ) Sim ( ) Ativa ( ) Passiva	( ) NA ( ) Não ( ) Sim ( ) Ativa ( ) Passiva	( ) NA ( ) Não ( ) Sim ( ) Ativa ( ) Passiva
12	Paciente possui alergia?	( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) Não ( ) Sim Qual ? _____	( ) Não ( ) Sim Qual ? _____
13	Contato de precaução?					
14	Alarmes ligados e volumes adequados ?	( ) Não ( ) Sim				
15	Abertura de nova LPP?	( ) Não ( ) Sim				
16	Realizar mudança de decúbito?	( ) Não ( ) Sim				
17	Cabeceira elevada 30º a 45º?	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim
18	Parecer médico pendente e remoção solicitada ?	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim
19	Tem exames externos e internos pendentes?	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim	( ) N/A ( ) Não ( ) Sim
20	Quantos dias de internação?	QT: _____				

DATA	AÇÃO	CARIMBO/ASSINATURA	DATA	METAS DIÁRIAS
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	

**CARIMBOS E ASSINATURAS DOS PARTICIPANTES DO ROUND MULTIPROFISSIONAL**

__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						

**Legenda:** QT: quantidade / **Precauções:** padrão, contato, gotículas e aerossóis / **TVP:** trombose venosa profunda / **LPP:** lesão por pressão / **UTI:** Unidade Terapia Intensiva.  
**Obs 1:** O formulário deve ser utilizado para o mesmo paciente por 7 dias. Imprimir após os dias estabelecidos e arquivar no prontuário do paciente. **Obs 2:** O formulário deve ser impresso frente e verso.