

NOME COMPLETO DO PACIENTE:				DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___		
Nº ATENDIMENTO:				BOX:		
ITEM	DESCRIÇÃO	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1	Analgesia/sedação /aminas ?	() NA () Ajustar () Reduzir () Suspender	() NA () Ajustar () Reduzir () Suspender	() NA () Ajustar () Reduzir () Suspender	() NA () Ajustar () Reduzir () Suspender	() NA () Ajustar () Reduzir () Suspender
2	Em uso de antibióticos ?	() NA () Suspender () Trocar () Iniciar	() NA () Suspender () Trocar () Iniciar	() NA () Suspender () Trocar () Iniciar	() NA () Suspender () Trocar () Iniciar	() NA () Suspender () 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	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim
15	Abertura de nova LPP?	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim
16	Realizar mudança de decúbito?	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() 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: _____	QT: _____	QT: _____	QT: _____	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.