

AVALIAÇÃO: PRONTUÁRIO DO PACIENTE		Data da elaboração: 30/08/2022		
Setor de saída:		Mês avaliado:	Atendimento:	
Nome completo do paciente:				
ITEM	GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	SIM	NÃO	NA
1.1	Nome completo e legível			
1.2	Data de nascimento			
1.3	Sexo			
1.4	Nº do Atendimento			
1.5	Nome completo da mãe			
1.6	Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/distrito, telefone, município,			
<b>SUBTOTAL</b>				
ITEM	GRUPO 2 - DOCUMENTOS DA ADMISSÃO	SIM	NÃO	NA
2.1	Ficha de Internação			
2.2	Boletim de ocorrência (SAMU)			
2.3	Vigilância Ativa de Microrganismo Multirresistentes (quando houver)			
2.4	Guia de Referência e Contra Referência (quando houver)			
2.5	Termo de Consentimento de Internação			
<b>SUBTOTAL</b>				
ITEM	GRUPO 3 - DOCUMENTOS CENTRO CIRÚRGICO	SIM	NÃO	NA
3.1	Aviso de cirurgia			
3.2	Ficha de pré-anestésico			
3.3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia			
3.4	Termo de Consentimento Cirúrgico			
3.5	Termo de amputação (quando necessário)			
3.6	Ficha de descrição do ato cirúrgico			
3.7	Folha de anestesia			
3.8	Checklist do carro anestésico (aparelho de anestesia)			
3.9	Imagem do arco (pós-cirúrgico) RX			
3.10	Controle de utilização de material esterelizado			
3.11	Folha de débito do procedimento - Farmácia			
3.12	SAEP Peri-operatória			
3.13	Formulário Cirurgia Segura (checklist pré-operatório)			
3.14	Termo de Transferência do Centro Cirúrgico			
3.15	Checklist de OPME			
3.16	Nota fiscal de OPME			
<b>SUBTOTAL</b>				
ITEM	GRUPO 4 - EVOLUÇÃO MÉDICAS (ORDEM DECRESCENTE)	SIM	NÃO	NA
4.1	Hipóteses diagnósticas			
4.2	Diagnóstico Médico definitivo			
4.3	Evolução médica diária			
4.4	Exame físico - Médico			
4.5	Prescrição médica diária			
4.6	Cheragem das Prescrições Médica			
4.7	Conduta e tratamento efetuado			
4.8	Pareceres (respondidos dentro do sistema MV. Impresso o pedido e a resposta)			
4.9	Carimbo e assinatura do profissional que o realizou e/ou nome completo com a função e o Conselho de Classe			
<b>SUBTOTAL</b>				

