

NOME COMPLETO: _____ DN: ____/____/____ IDADE: _____ anos Leito: _____

DIAGNÓSTICO: _____

ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____

DIETA: () VO _____ () SNG/SNE () NPT () JEJUM a partir do dia: ____/____/____ às ____:____

Para: () Cirurgia de _____ () Exame de: _____


Local do procedimento: _____ Horário do procedimento: ____:____

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

COMORBIDADES	JÁ ESTEVE INTERNADO?	POSSUI ALERGIA	
() HAS () DM () AVC () DPOC () OUTROS _____	() NÃO () SIM. Quando: _____ Onde: _____	() NÃO () SIM _____	
FUMANTE	FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS	FAZ USO DE ÁLCOOL	MORA EM
() SIM –FREQUENCIA: _____ () NÃO – HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() SIM-FREQUENCIA: _____ () NÃO -HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() SIM -FREQUÊNCIA: _____ () NÃO - HÁ QUANTO TEMPO PAROU: _____	() Zona Urbana () Rural
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?	() NÃO () SIM. Qual(is): _____		

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CONSCIÊNCIA	PUPILAS	PADRÃO VENTILATÓRIO		EXTREMIDADES	ACESSO VENOSO	FORÇA MUSCULAR	AVALIAÇÃO DA MARCHA
() Acordado	() Isocóricas	() Eupneico	() Dispneico	() Perfundidas	() Periférico () Profundo. Data: ____/____/____	() Normal	() Normal () Acamado
() Lúcido	() Anisocóricas	() Taquipneico	() Bradipneico	() Mal perfundidas	() Outro _____ Data: ____/____/____	() Paresia	() Deambula sem auxílio
() Orientado	() Midriáticas	MODO VENTILATÓRIO		() Aquecidas () Frias	() Mono Lúmen () Duplo Lúmen () Shilley	() Parestesia	() Deambula com auxílio de _____
() Desorientado	() Mióticas	() Ar ambiente	() Traqueostomia	() Cianóticas	Local: _____ Data do curativo: ____/____/____	() Plegia	
() Torporoso	FOTORREAGENTES	() O2 à ____l/min		() Acianóticas	() Sem acesso	() Hemiparesia à ____	() Fixação externa/tração
() Comotoso	() Sim () Não	() Macronebulização à ____L/min		() Edema em: _____		() Hemiplegia à ____	Local: _____

ABDOMEN	EVACUAÇÃO	SISTEMA RENAL	RISCOS ASSISTENCIAIS	ESCALA DE DOR
() Normotenso	() Presente	() Espontânea	() Risco de Queda	 <p>Valores identificado na Escala: _____</p>
() Globoso () Flácido	() Ausente à ____ dias	() Fralda	() Risco de Infecção	
() Distendido () Plano	() Diarréia	() Cistostomia () SVD	() Risco de Integridade da Pele Prejudicada	
() Ascítico () Tenso	() Colostomia	Data: ____/____/____	() Risco Psíquico	
() Indolor a palpação	() Ileostomia	() Disúria () Anúria	() Risco de Flebite	
() Dor a palpação	() Melena	() Hematúria () Piúria	() Risco de Broncoaspiração	
PELE	() Íntegra: () Não íntegra Local: _____		() Risco de Extubação	

SINAIS VITAIS

PA: _____ mmHG TAX: _____ FC: _____ FR: _____ FR: _____ Saturação: _____ Glicemia: _____ PAM: _____ PVC: _____