FUNDAÇÃO INOVA CAPIXABA	FORMULÁRIO - EQUIPE ASSISTENCIAL		
	FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
	Código: F.HEC.938	Versão: 000	Elaboração: 01/08/2022

PACIENTE:	**ATENDIMENTO:**
	DATA DA INTERNAÇÃO: _____/_____/_____
	ESPECIALIDADE:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

PRECAUÇÃO		**ALERGIA**	
( ) PADRÃO	**( ) GOTÍCULAS**	**( ) SIM**	**QUAIS?**
( ) CONTATO	**( ) AEROSSÓIS**	**( ) NÃO**	

JEJUM:

GERENCIAMENTO DE RISCO

LESÃO DE PELE		**BRONCO ASPIRAÇÃO**		**FLEBITE**		**QUEDA**		**RISCO DE SANGRAMENTO**	
INFECÇÃO (ITU / PAV / IPCS)		**PERDA DE PAV**		**EXTUBAÇÃO NÃO PLANEJADA**		**PERDA DE SNE**		**PERDA DE PIC**	

OBS