**Nome:**

**DN/Idade:**

**DIH:**

**Leito:**

**# Lista de problemas/HPP**:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**# Controles**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Temp |  | PAM |  |
| FC |  | FR |  |
| PAS |  | SatO2 |  |
| PAD |  | Urina |  |
| HGT |  | |  |

**# Ex. complementares**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | ( / / ) |  | ( / / ) |
| Hb |  | Hb |  |
| Ht |  | Ht |  |
| Leuco |  | Leuco |  |
| Neu |  | Neu |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Plaq |  | Plaq |  |
| Crea |  | Crea |  |
| Ur |  | Ur |  |
| Na |  | Na |  |
| K |  | K |  |
| EAS | Cep. ep:  Leuco: | EAS | Cep. ep:  Leuco: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Demais:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**# Prescrição**

**DVAs e sedação**

Nome:

Conc da solução:

Vazão:

Dose:

Nome:

Conc da solução:

Vazão:

Dose:

Nome:

Conc da solução:

Vazão:

Dose:

Nome:

Conc da solução:

Vazão:

Dose:

|  |
| --- |
|  |
| (D\_\_ / / |
|  |
| (D\_\_ / / |
|  |
| (D\_\_ / / |
|  |
|  |
|  |

**# Dispositivos:**

AVP em \_\_\_\_

S. vesical ( )

CVC em \_\_\_\_ (Data / / )

SNE: ( )

Oxigenoterapia:

Outros:

**# Evolução**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Alimentação |
|  | Fezes |
|  | Diurese |

**# Ex. Físico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PA | PAM | FC |
| SatO2 | FR | Temp |
| HGT | Peso |  |
| Sedação  Parâmetros de VM | | |
| Ecto: | | |
| Extremidades: | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**# HD**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**# CD**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**# Pendência**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

( ) Prescrito ( ) Evoluído ( ) Regulado

( ) Av. ex. complementares ( ) Ex. rotina

( ) Conversado com familiares

( ) Informação ao paciente

( ) Med. conc. ( ) Med. ajustada p/ doenças

( ) Doc. med. prévios

Admissão

**HMA:**

|  |
| --- |
|  |

**Comorbidades e fatores de risco:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | Etilismo |
|  | Tabagismo |
|  | Peso: |
|  | Alergia: |

**MUC:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Contato de familiares:**

-

-

**Funcionalidade**

Cuidados básicos:

Alimentação:

Banho:

Deambulação:

Nível de consciência:

Contactuação:

Cognição: