

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 1192/2021/MA

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, torna público que no período de **13/12/2021 a 17/12/2021**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO**, para atender a demanda **Mensal** do **Hospital Referência COVID 19 Bacabal**, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, conforme as especificações e quantidades constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **13/12/2021 a 17/12/2021**.

3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.

4. Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras>.

5. **As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.**

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br dentro do período para envio das propostas.

7. A empresa proponente deverá preencher todos os campos constantes na proposta de preço dentro da plataforma, **sob pena de desclassificação**.

7.1 Os valores unitários dos itens da proposta de preço deverão suportar despesas com o transporte dos produtos e/ou realização dos serviços, não podendo ser cobrado posteriormente despesas com frete.

8. As propostas de preços serão classificadas pelo **MENOR PREÇO GLOBAL**, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens na sua cotação, **sob pena de desclassificação**.

9. O pagamento pela aquisição dos produtos será realizado em até 30 (trinta) dias, **após seja realizada a entrega de todos os itens e/ou após a prestação de serviço**, observadas as disposições que se seguem.

9.1. A realização do pagamento fica condicionada à entrega de todos os itens da Ordem de Fornecimento e ao envio da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

9.2. Os valores constantes na Nota Fiscal devem ser os mesmos ofertados na plataforma de compras, sob pena de ter

o pagamento retido.

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO TERMO DE PARCERIA Nº 04/2016/SES, CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO” e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585.0008/56.

10. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias corridos após a entrega da OF - Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos neste Ato Convocatório).

11. A entrega das mercadorias deve ser realizada, conforme cronograma enviado pela unidade, em horário comercial das 08:00h às 16:00h de segunda à sexta.

12. A entrega dos produtos será realizada no :

- **Hospital Referência COVID 19 Bacabal**, localizado na Av. Projetada, S/N - Loteamento José Lisboa II, Bairro José Lisboa, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 991894854 / (98) 991872478.

13.O Contratante enviará, a quantidade necessária para atender a demanda do mês, através da Ordem de Fornecimento.

14.Realizado o agendamento, após o recebimento da OF (Ordem de Fornecimento), a Contratada deverá enviar por e-mail (compras.ma@invisa.org.br) o cronograma de sua entrega.

12. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará ao licitante a aplicação e multa de mora, nas seguintes condições:

12.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

12.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

13.A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

a) Advertência;

b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

14.A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) a partir da data de fabricação do produto, contado da data de fabricação.

15. É de responsabilidade exclusiva da Contratada o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A Contratante ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos produtos.

16. Os interessados deverão ainda apresentar juntamente com a proposta, documentos que comprovem a constituição da empresa e sua regularidade fiscal, através dos seguintes documentos:

- a)** Contrato Social registrado;
- b)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c)** Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
- d)** Certidões negativas de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados;
- e)** Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço válida na data de entrega das propostas;
- f)** Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida;
- g)** Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente;

17. Informações e esclarecimentos sobre o Ato Convocatório serão prestadas por e-mail: compras.ma@invisa.org.br até 01 (um) dia útil anterior à data final para recebimento das propostas.

18. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** verificará as propostas apresentadas, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

19. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** pagará pelas Notas Fiscais que estiverem de acordo com os valores em contrato e correspondente a 100% com a Ordem de Fornecimento (OF) enviada mensalmente pelo setor de compras.

20. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO” e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

21. Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com o mercado, esta poderá ser aceita.

22. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha o menor preço **GLOBAL**.

23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a Contratada.

24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.

26. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** convocará a Proponente vencedora por e-mail.

27. Apurada a proposta de menor preço, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.

28. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**

29. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar **diligência** destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

30. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 horas, e/ou justificada novo prazo, condicionado o aceite ou não pelo setor de compras.

31. Se a Contratada, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.

32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da Contratante, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem.

33. No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2016/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

34. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 13 de dezembro de 2021.

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
INVISA – Instituto Vida e Saúde

TERMO REFERENCIA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	10
2	4385	BLOCO ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	5
3	3664	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	5
4	7085	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	5
5	7092	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	5
6	8066	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE AUTOCOLANTEADESIVO 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	BLOCO	5
7	8003	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1COLORIDO	BLOCO	8
8	7113	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	10
9	4558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	5
10	4286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DEMEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	3
11	7117	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES 15 X 21 -BRANCO/AZUL	BLOCO	5
12	4291	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
13	4288	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA4 100 FOLHAS	BLOCO	5
14	4414	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO),MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	10
15	4290	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
16	4292	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
17	4289	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
18	4295	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	10
19	4297	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
20	4313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	10
21	4282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
22	4285	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	5
23	4277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	5
24	4280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	10
25	4279	PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	10
26	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	10
27	4281	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4100 FOLHAS	BLOCO	5

MINUTA DA CARTA-CONTRATO

CONTRATANTE: INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0001/80, localizado na Rua Hermete Silva,49, Centro, Santo Antônio de Padua/RJ, neste ato representado por seu Diretor-Geral, Sr. **Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63.

CONTRATADA: XXXX, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº **XXXXXX**, localizada na **XXXXX**, neste ato representado por **XXXXXXXX**, **nacionalidade**, **estado civil**, inscrito no CPF sob o nº **XXXXXX**.

Nos termos do **Ato Convocatório nº 1192/2021/MA** e da **Proposta de Preço** enviada pela **CONTRATADA** estabelecemos a presente **CARTA-CONTRATO** para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender para atender as necessidades da **Hospital Referência COVID 19 Bacabal**, no Estado do Maranhão, observadas as condições a seguir enunciadas:

1. OBJETO

1.1. A presente Carta-Contrato tem por objeto a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO**.

1.2. A proposta de preço da **CONTRATADA** integra a presente Carta-Contrato, como se parte dela fosse.

1.3. As especificações do objeto seguirão o disposto nos itens no ANEXO I do Ato Convocatório nº 1192/2021/MA.

2. DO PREÇO

2.1. O preço total, fixo e irrevogável, conforme proposta de preço da **CONTRATADA** é de **R\$ XX,XX (XXXXXX)**, compreendendo todas as despesas e custos diretos e indiretos, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração e outros necessários ao cumprimento integral do objeto contratado.

3. PRAZO DE EXECUÇÃO

3.1. O prazo para execução do fornecimento será de **07 (sete) dias corridos**, a contar do recebimento da Ordem de Fornecedor – OF.

4. DA VINCULAÇÃO

4.1. Esta Carta-Contrato está vinculada ao orçamento apresentado pela **CONTRATADA** e ao Edital do Ato Convocatório nº 1192/2021/MA.

5. DA VIGÊNCIA

5.1. Esta Carta-Contrato terá vigência a partir da data de sua assinatura até o recebimento definitivo do objeto.

6. DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado em parcela única correspondente a Ordem de Fornecedor, por intermédio



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

de depósito em conta bancária da **CONTRATADA**, no prazo de 30 (trinta) dias e/ou a vista conforme cotação, contado do recebimento das notas fiscais, devidamente atestadas por um funcionário do **CONTRATANTE**.

6.2. Em qualquer hipótese, o pagamento ficará condicionado ao ateste do fornecimento por funcionário do **CONTRATANTE**.

6.3. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas na presente Carta-Contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE SAÚDE DO MARANHÃO**, referente ao **TERMO DE PARCERIA Nº 04/2016/SES**, firmado entre o **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Saúde do Maranhão**, em razão da natureza desta Carta-Contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos do **CONTRATANTE** e desde que a **CONTRATADA** tenha efetuado a entrega de todos os itens constantes na Ordem de Fornecimento.

6.4. O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA**, após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público (**Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**). Nesse caso o **CONTRATANTE** sujeita-se ao pagamento de multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor corrigido monetariamente *pro rata dies* com base na variação do **INPC** verificada no período.

6.5.A **CONTRATADA** deverá apresentar a Nota Fiscal com o atestado do fornecimento à **CONTRATANTE**, acompanhada da Ordem de Fornecimento, e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:

- a. Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa, válidas no dia de sua apresentação;
- b. Certidões negativas de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;
- c. Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, válida no dia de sua apresentação;
- d. Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;
- e. Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.

6.6. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome da unidade em que os produtos foram entregues e a informação de que a aquisição dos produtos corresponde ao Termo de Parceria nº 04/2016/SES celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

7. DA EFICÁCIA

7.1. A presente Carta-Contrato somente terá eficácia mediante **ORDEM DE FORNECIMENTO - OF**, a qual será emitida pelo **CONTRATANTE** com as instruções para cumprimento do fornecimento.

7.2. A Ordem de Fornecimento será entregue a **CONTRATADA** por correio eletrônico.

8. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

8.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a efetuar o pagamento da forma estabelecida nesta Carta-Contrato, de acordo com o preço estabelecido na proposta de preço anexa a este instrumento.

9. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

9.1. Proceder com a entrega do produto mediante solicitação da **CONTRATADA** por Ordem de Fornecimento.

9.2. A execução do objeto no tempo, lugar e forma estabelecidas na Carta-Contrato, com a emissão dos documentos fiscais pertinentes.

9.3. Manter durante toda a execução do contrato as obrigações assumidas e formuladas na proposta, bem como todas as condições e qualificação exigidas no procedimento do Ato Convocatório.

9.4. Cumprir as demais disposições contidas neste instrumento.

10. DO RECEBIMENTO DO OBJETO

10.1. O recebimento será feito após conferência das quantidades e marcas e ter sido constatada que está de acordo com as demais condições estabelecidas na Ordem de Fornecimento.

10.2. O objeto não será recebido na hipótese de se verificar que o mesmo não corresponde com as especificações descritas na Ordem de Fornecimento.

10.3. A **CONTRATADA** responde solidariamente pelos vícios de qualidade ou quantidades que venham a ser constatados no objeto que os tornem impróprios ou inadequados aos fins a que se destinam, podendo ser exigida a sua substituição no prazo que será estabelecido na comunicação formal enviada pelo **CONTRATANTE**.

10.4. O objeto será devolvido na hipótese de, no prazo para recebimento definitivo, ser constatado que o mesmo não corresponde com as especificações exigidas e descritas na Ordem de Fornecimento e/ou neste instrumento, cujo procedimento para a sua substituição deverá ser adotado de imediato.

11. DA ENTREGA

11.1. Entregas de Segunda a Sexta de 8:00 às 16:00 horas.

11.2. Após o recebimento da Ordem de Fornecimento a empresa deverá realizar o agendamento da entrega para a devida conferência, através do email: invisanotas.ma@gmail.com.

12. A entrega dos produtos será realizada no local descrito a seguir:

• **Hospital Referência COVID 19 Bacabal**, localizado na Av. Projetada, S/N - Loteamento José Lisboa II, Bairro José Lisboa, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 99189-4854 / (98) 99187-2478.

13. FISCALIZAÇÃO

13.1. Caberá ao **CONTRATANTE** designar funcionário para registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução.

14. DAS PENALIDADES



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

14.1. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará a **CONTRATADA** a aplicação de multa de mora, respeitado o devido processo legal, nas seguintes condições:

14.2. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

14.3. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

14.4. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

- a) Advertência;
- b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

14.5. A **CONTRATADA** fica sujeita a multa de 5% sobre o valor do presente contrato por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta Cláusula.

14.6. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui as demais, quando cabíveis.

15. DA RESCISÃO

15.1. A presente Carta-Contrato poderá ser rescindida nos casos de inexecução total ou parcial do objeto.

16. DO FORO

16.1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Rio de Janeiro, na cidade de Santo Antônio de Pádua, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem na execução do presente Instrumento.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se a presente Carta-Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado reciprocamente conforme, aceitam e assinam, justamente com 2 (duas) testemunhas.

Santo Antônio de Pádua, XX de XXXXX de XXXX.

BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

NOME:

LEITO:

DATA:

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				GLIC	SAT													DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	MD
	FC	FR	TAX	PA			VO/SNE	PLASMA	SANGUE	MEDIC	RINGER	SF	SG										
08:00																							
10:00																							
12:00																							
14:00																							
16:00																							
18:00																							
TOTAL INTRODUCIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H			
20:00																							
22:00																							
00:00																							
02:00																							
04:00																							
06:00																							
TOTAL INTRODUCIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H			

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL

NOME: _____

ENFERMARIA:

LEITO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]



HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
Nome: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____
Idade: _____ Mãe: _____ Pai: _____
Endereço: _____ Núm: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____ Celular: _____

Registro: _____

Data: _____

Hora: _____

Médico: _____ Especialidade: CLINICA MEDICA Clínica: MEDICA

Procedimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

SIA/SUS: 0301060061

Modalidade: HOSPITALAR

Caráter: URGENCIA

Assinatura do Paciente _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐

Vermelho

☐

Amarelo

☐

Verde

☐

Azul

Queixas: _____

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Freq. Respirat.: _____ Peso: _____ Altura: _____ SAT O2: _____ HGT: _____

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existent: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

Saída do Paciente:

☐ Decisão Profissional ☐ A Revelar ☐ A Pedido

☐ Internação _____

☐ Removido _____

☐ Óbito Data: _____ Hora: _____

Para óbito:

☐ Antes de 24h

Destino do Corpo:

☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

NOME: _____

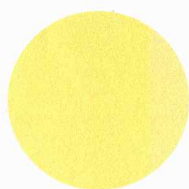
SETOR: _____ LEITO: _____

DN: ____/____/____ ID: _____ PRONTUÁRIO: _____ ADMISSÃO: ____/____/____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



Risco de Queda



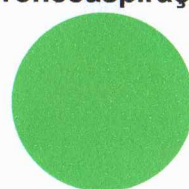
Risco de LPP



Risco de Flebite



Risco de
Broncoaspiração



Risco de Disfagia



Alergia



EXAMES PENDENTES

TROCAR AVP EM:

OBSERVAÇÕES:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <i>Nome Completo:</i> Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA <i>Endereço Completo:</i> Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa Cidade: Bacabal UF: MA	1º VIA FARMÁCIA 2º VIA PACIENTE
---	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Órgão Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	 Assinatura Do Farmaceutico: Data ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA

Endereço Completo:

Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa

Cidade: Bacabal UF: MA

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

- UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura Do Farmaceutico: Data ____/____/____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 / BACABAL



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 / BACABAL



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

LEITO PACIENTE	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /
TNE/Acesso							
Qtde Prescrita (kcal/ptna)							
Qtde infundida (kcal/ptna)							
Motivo							
Cabeceira 30° - 45°							
Antibiótico							
Procinético							
Diarreia (3 ou mais evacuações líquidas/dia)							
Constipação (<3 evacuações por/sem)							
Distensão Abdominal							
Náuseas							
Vômito							
Estase Gástrica (<200ml)							
Obstrução Sonda							
Rebaixamento do nível de consciência							
Úcera por pressão							
Hiperglicemia							
Posicionamento da sonda							
Responsável	Carimbo			Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral			

ENTREVISTA SOCIAL		
IDENTIFICAÇÃO		
NOME:	MASC ☐	FEM ☐
ENDEREÇO:		
TELEFONE:	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	
IDADE:	NATURALIDADE / UF	CARTÃO SUS
FILIAÇÃO		
ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:
COMPOSIÇÃO E RESUMO FAMILIAR:		
RENDA FAMILIAR:		BENEFÍCIO ASSISTENCIAL RECEBIDO:
ACOMPANHANTE:		TELEFONE:
ACOMPANHANTE:		TELEFONE:
INTERNAÇÃO		
DATA DE INTERNAÇÃO:	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
DATA DE ALTA	DATA DA TRANSFERENCIA:	DATA DO ÓBITO:

ENFERMARIA:
LEITO:

[illegible]

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		
DATA / /	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		
DATA / /	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID: _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANDA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID: _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANDA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	

Diagnóstico: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Estado Civil: _____

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		
DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		
DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome: _____

Nome Social: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Curgirgias Anteriores: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA _____ x _____ mmHg Tax: _____ °C

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Feridas: _____ Drenos: _____

Cianose: () SIM () NÃO Edema: () SIM () NÃO Luxações: () SIM () NÃO

Úlceras de Decúbito: () SIM () NÃO Fraturas: () SIM () NÃO Deformidades: () SIM () NÃO

AValiação E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

Padrão Ventilatório: _____

Deformidades Torácicas: () SIM () NÃO Tiragens: () SIM () NÃO

Enfisema Subcutâneo: () SIM () NÃO Secreção: _____

Ausculpa Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

() AA () Oxigenoterapia: CN _____ /min MNBZ _____ /min Venturi _____ %/ _____ l/min

() VNI TQT () nº _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

VC: _____ PIP: _____ PEEP: _____ FR: _____ FIO2: _____

PS: _____ SaTO2: _____ TINSPI: _____ SENS: _____ I:E: _____

AValiação NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Ativa () Passiva ()

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

Grau 1 - Esforço de Contração visível, mas não produzindo movimento;

Grau 2 - Movimento ativo possível, mas não vencendo a força da gravidade;

Grau 3 - Movimento ativo possível, vencendo a força da gravidade;

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE RASS

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Melhor Resposta Motora		ESCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
Olhos abertos previamente à estimulação	4	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5	Cumprimento de ordens de 2 ações	6	+4	Combativo	Francamente combativo vilento, levando perigo imediato a equipe
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3	Resposta não orientada mas comunicação coerente	4	Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no pescoço	5	+3	Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
Abertura ocular após estimulação de extremidade dos dedos	2	Palavras isoladas inteligíveis	3	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	4	+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, pode brigar com o respirador
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	1	Apenas gemidos	2	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo padrão predominante claramente normal	3	+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
Olhos fechados devido ao fator local	NT	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2	0	Alerta e calmo	
		Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	NT	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	1	-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por mais de 10 seg
				Fator que limita resposta motora	NT	-2	Sedado Leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 seg
						-3	Sedado Moderado	Movimento ao abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
						-4	Sedado Profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimento ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
						-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

CONDUTA: _____

FISIOTERAPEUTA

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ Pínp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tínp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ Pínp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tínp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ Pínp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/Tínp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM



Nome: _____ Leito: _____
Data da Admissão _____ Hora _____ Diagnóstico _____
Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____ Procedência: _____

☐ Relato do Paciente ☐ Coleta dos dados junto a familiares ☐ Não há possibilidades de coleta

Motivo da Hospitalização/Queixa Principal: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Cirurgias Anteriores: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____
Cardiopatias: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____
Diabetes: ☐ Não ☐ Sim
Hipertensão: ☐ Não ☐ Sim
Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim - Cig/dia _____
Etilismo: ☐ Não ☐ Sim
Alergia: ☐ Não ☐ Sim/Medicação _____
Medicamentos em uso: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____

II - EXAME FÍSICO

Neurológico: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Agitado ☐ Incosciente

Outros: _____

ESCALAS DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a Ordens	6
Atende Ordem Verbal	3	Confuso	4	Localiza Dor	5
Resposta à Dor	2	Palavras Inapropriadas	3	Retira Membro mas não localiza Dor	4
Ausência de Resposta	1	Sons Incompreensíveis	2	Desorientação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
				TOTAL =	

VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW

3 a 8 - Traumatismo Grave: Coma Grave
9 a 12 - Traumatismo Modereado: Coma Leve
12 a 15 - Traumatismo Leve: Não há Coma

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes

CABEÇA E PESCOÇO

Couro Cabeludo: ☐ Sem Alteração ☐ Alopecia ☐ Cicatriz ☐ Lesão ☐ Fontanela

Obs.: _____

Olhos: ☐ Sem Alteração ☐ Hiperema ☐ Nistagmo ☐ Uso de Óculos/Lentes ☐ Diplopia ☐ Catarata

☐ Deficiência Visual/Qual? _____

Nariz: ☐ Sem Alterações ☐ Epistaxe ☐ Obstrução ☐ Obs.: _____

Orofaringe: ☐ Sem Alterações ☐ Uso de Próteses ☐ Sucção ☐ Lesão Tipo: _____

☐ Disfagia ☐ Dislalia ☐ Afasia ☐ Gânglios Local: ☐

Mucosa: ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Gânglios Local ☐ Desidratada Obs.: _____

Pescoço: ☐ Sem Alteração ☐ Rigidez de Nuca ☐ Gânglios ☐ Turgência de Jugulares

Obs.: _____

PELE E ANEXOS

☐ Sem alteração ☐ Icterícia ☐ Cianose ☐ Palidez ☐ Turgor ☐ Edema
☐ Hematoma ☐ Úlcera de Decúbito
☐ Enfisema ☐ Incisão Cirúrgica/Local?

MÚSCULO E ESQUELETO

Muscular: ☐ Sem alterações ☐ Mialgia
Membros: ☐ Piágia ☐ Paresia ☐ Parestesia
Esquelético: ☐ Sem alterações ☐ Lordose ☐ Cifose ☐ Escoliose
☐ Tração / Placas / Pinos. Local?
☐ Locomoção Prejudicada

TÓRAX

☐ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Fraturas ☐ Drenos. Loca.:
☐ Dor - Tipo
Padrão Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ Ar Ambiente ☐ Cateter de O2 ☐ Máscara
Ventilação Mecânica: ☐ TOT ☐ Traqueostomia ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico
☐ Tosse ☐ Expetoração - Cor/Aspecto:
Outros
Ruídos Adventícios: ☐ Pulmões Livres ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
Mamas: ☐ Sem alteração ☐ Presença de Nódulos ☐ Mastectomia ☐ Ginecomastia

CARDIOVASCULAR

Frequência Cardíaca: ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico
Pulsos Periféricos: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Rítmico ☐ Arrítmico
Rede Venosa Periférica: ☐ Normal ☐ Fragilidade capilar ☐ Perfusão
Obs.:

GASTROINTESTINAL

Abdome: ☐ Plano ☐ Distendido ☐ Globuloso ☐ Tímpanico ☐ RHA Presente ☐ Doloroso
☐ Vômitos /dia ☐ Hematêmese ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐ Colostomia
☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ Drenos
Obs.:
Hábito Intestinal: ☐ Frequência /dia ☐ Flatulência ☐ Obstipação ☐ Diarréia /dia

URINÁRIO

☐ Sem alteração ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Poliúria ☐ Polaciúria ☐ Incontinência
☐ Cistostomia ☐ SVD ☐ Obs.:

GENITAL

Feminino: ☐ Sem alteração ☐ Leucorréia ☐ Amenorréia ☐ Menopausa
☐ DST outros:
Masculino: ☐ Sem alteração ☐ Presença de Secreção
☐ Edema ☐ DST outros
Períneo: ☐ Sem alteração ☐ Hiperemia ☐ Lesão

DOR

Localização:
Tipo:

III - CONDUTA NA ADMISSÃO

Data: / / Hora: Ass/Carimbo/Enfermeiro:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OMNIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



ENFERMEIRA(O): _____ **CLINICA:** _____ **DATA:** ____/____/____

[illegible]

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da Consulta: (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

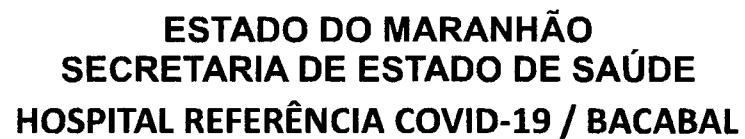
Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista

[illegible]



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____
Data de Nas. ____/____/____ Sexo: (☐) Fem. (☐) Mas.

DATA: ____/____/____

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE DEVOLUÇÃO:

DATA DA DEVOLUÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

PRODUTO

LOTE

QTE.

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

- () EXCESSO DE ESTOQUE
- () MEDICAMENTO/MATERIAL VENCIDO
- () SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO
- () OUTRAS

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA: _____

HOSPITAL DE REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL

RELATÓRIO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL

DATA: ____/____/____

ASSISTENTE SOCIAL:	
REFEIÇÕES LIBERADAS PARA ACOMPANHANTES - QT	
ALA A:	
ALA B:	
UCI:	
EVOLUÇÕES E ENTREVISTA SOCIAL - QT	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA A	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA B	
EVOLUÇÃO SOCIAL UCI	
ENTREVISTA SOCIAL ALA A	
ENTREVISTA SOCIAL ALA B	
ENTREVISTA SOCIAL UCI	
ÓBITOS - QT	
ÓBITOS	
SETOR DO ÓBITO	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DIÁRIA

FAIXA ETÁRIA	QT
10 a 19 anos	
20 a 29 anos	
30 a 39 anos	
40 a 49 anos	
50 a 59 anos	
60 a 69 anos	
70 a 79 anos	
80 a 89 anos	
90 a 99 anos	
100 anos ou mais	

CIDADES DE ORIGEM	QT
Bacabal	
Alto Alegre	
Altamira	
Bom Lugar	
Lago Açu	
Lago Verde	
Marajá do Sena	
Olho D'Água das Cunhas	
Paulo Ramos	
São Luiz Gonzaga	
São Mateus	
Satubinha	
Vitorino Freire	

PROVENIENTES	QT
HOSPITAL GERAL DE BACABAL	
HOSPITAL DE CAMPANHA	
HOSPITAL LAURA VASCONCELOS	

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____
Leito: _____ DN: ____/____/____ Admissão: ____/____/____

Motivo da Internação: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

RESUMO

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Transferência para _____

Encaminhamentos: _____

Observações: _____

Data: ____/____/____

Médico CRM Carimbo

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome completo do paciente sem abreviaturas: _____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____

Hemocomponentes (s) solicitado (s): (especificar volume ou quantidade)

Tipagem: _____

Conc. de Hemácias ()

Conc. de Plaquetas ()

Plasma Fresco Congelado ()

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

() Deleucocitado ou Filtrado

() Deleucocitado ou Filtrado

() Crioprecipitado

() Lavado

() Lavado

() Irradiado

() Irradiado

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

Hb: _____ ou Ht: _____ Nº de plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

Obs:

Transfusões prévias? () Sim () Não

Teve reação transfusional? () Sim () Não Qual tipo?

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Transfusão

() Programa Dia ____/____/____ Hora: _____

() De rotina (Dentro de 24 horas)

() Urgente (Dentro de 3 horas)

() De urgência (qualquer retardo acarretará risco para vida) --- **Vide Verso**

Tipo de Transfusão

() Ambulatório

() Clínica Cirúrgica

() Gineco;Obstetrícia

() UTI

() Clínica Médica

() Pediatria

() Emergência/SPA

() Residência

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

(Uma requisição incompleta, inadequada e ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia)

Em cumprimento à Resolução Portaria nº 1353, art. 105,16,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/021VIS, é obrigado a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO +Rh são provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPREESCINDÍVEL o preenchimento do termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunohematológicas. O paciente está sob a minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem a demora na liberação do Hemocomponente solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem provas de compatibilidade pré-transfusionais, sendo que as mesmas devem ser finalizadas ainda que, sejam competadas.

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS

() Declaro estar ciente da não disponibilidade em estoque, no momento, do Hemocomponente do mesmo grupo sanguíneo do meu paciente, porém, diante da urgência do caso, autorizo a transfusão de sangue hetero grupo compatível.

() Declaro estar ciente do problema imunohematológico do sangue do paciente a quem estou prestando assistência médica, cabendo-me a autorização do sangue menos compatível pela imperativa necessidade de tratamento que o caso requer.

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIOTICOS

1. NOME: _____

2. IDADE _____ 3. DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ 4. SETOR: _____

5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____ LABORATORIAL: ____S____N

6. CULTURA ____S____N

7. CIRURGIA ____S____N

TIPO DE CIRURGIA: _____
____ LIMPA
____ POTENCIALMENTE CONTAMINADA
____ CONTAMINADA
____ INFECTADA

8. FATORES DE RISCO:

____ DM _____ INTERNAÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

____ ACESSO VENOSO PROFUNDO _____ ACAMADO

____ HAS _____ CATETERISMO VESICAL

____ IMUNODEPRIMIDO

9. ANTIBIÓTICO SOLICITADO: _____.

10. APRESENTAÇÃO:

____ VO _____ IM DURAÇÃO: _____ DIAS

____ IV OUTROS: _____ HORÁRIO: _____.

11. MOTIVO:

____ PROFILAXIA _____ TERAPEUTICO

12. INDICAÇÃO:

____ PNEUMONIA _____ FERIDA CIRÚRGICA _____ INFECÇÃO DE CATETER

____ SEPTICEMIA _____ INFECÇÃO URINÁRIA _____ OUTROS: _____.

13. TIPO DE INFECÇÃO:

____ HOSPITALAR _____ COMUNITÁRIA (MENOS DE 48 HORAS DE INTERNAÇÃO).

14. SOLICITANTE: _____.

DATA E CARIMBO

DATA: ____/____/____.

CONTROLE DE LIBERAÇÃO PELA FARMÁCIA:

	DATA	QUANTIDADE	PROFISSIONAL	TOTAL/DIA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

NOME:

LEITO:

DATA:

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				GLIC	SAT													DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	MD
	FC	FR	TAX	PA			VO/SNE	PLASMA	SANGUE	MEDIC	RINGER	SF	SG										
08:00																							
10:00																							
12:00																							
14:00																							
16:00																							
18:00																							
TOTAL INTRODUCIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H			
20:00																							
22:00																							
00:00																							
02:00																							
04:00																							
06:00																							
TOTAL INTRODUCIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H			

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL

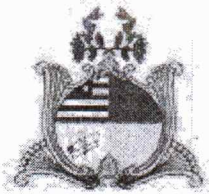
NOME: _____

ENFERMARIA:

LEITO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]



HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
Nome: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____
Idade: _____ Mãe: _____ Pai: _____
Endereço: _____ Núm: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____ Celular: _____

Registro: _____

Data: _____

Hora: _____

Médico: _____ Especialidade: CLINICA MEDICA Clínica: MEDICA

Procedimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

SIA/SUS: 0301060061

Modalidade: HOSPITALAR

Caráter: URGENCIA

Assinatura do Paciente _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐

Vermelho

☐

Amarelo

☐

Verde

☐

Azul

Queixas: _____

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Freq. Respirat.: Peso: Altura: SAT O2: HGT:

--	--	--	--	--	--	--	--

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existent: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

Saída do Paciente:

☐ Decisão Profissional ☐ A Revelar ☐ A Pedido

☐ Internação _____

☐ Removido _____

☐ Óbito Data: _____ Hora: _____

Para óbito:

☐ Antes de 24h

Destino do Corpo:

☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	 GOVERNO DO MARANHÃO
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	 GOVERNO DO MARANHÃO
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	 GOVERNO DO MARANHÃO
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	 GOVERNO DO MARANHÃO
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

 INVISA	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	 GOVERNO DO MARANHÃO
ACOMPANHANTE		
SETOR: _____	SETOR: _____	
DATA: _____	DATA: _____	
NOME: _____	NOME: _____	

NOME: _____

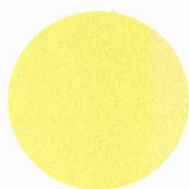
SETOR: _____ LEITO: _____

DN: ____/____/____ ID: _____ PRONTUÁRIO: _____ ADMISSÃO: ____/____/____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



Risco de Queda



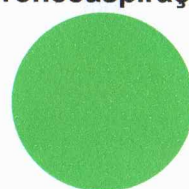
Risco de LPP



Risco de Flebite



Risco de
Broncoaspiração



Risco de Disfagia



Alergia



EXAMES PENDENTES

TROCAR AVP EM:

OBSERVAÇÕES:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <i>Nome Completo:</i> Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA <i>Endereço Completo:</i> Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa Cidade: Bacabal UF: MA	1º VIA FARMÁCIA 2º VIA PACIENTE
---	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Órgão Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	 Assinatura Do Farmaceutico: Data ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA

Endereço Completo:

**Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa
Cidade: Bacabal UF: MA**

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

- UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura Do Farmaceutico: Data ____/____/____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 / BACABAL



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 / BACABAL



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

LEITO PACIENTE	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /
TNE/Acesso							
Qtde Prescrita (kcal/ptna)							
Qtde infundida (kcal/ptna)							
Motivo							
Cabeceira 30° - 45°							
Antibiótico							
Procinético							
Diarreia (3 ou mais evacuações líquidas/dia)							
Constipação (<3 evacuações por/sem)							
Distensão Abdominal							
Náuseas							
Vômito							
Estase Gástrica (<200ml)							
Obstrução Sonda							
Rebaixamento do nível de consciência							
Úlcera por pressão							
Hiperglicemia							
Posicionamento da sonda							
Responsável	Carimbo			Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral			

ENTREVISTA SOCIAL					
IDENTIFICAÇÃO					
NOME:			MASC ☐	FEM ☐	
ENDEREÇO:					
TELEFONE:			DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____		
IDADE:	NATURALIDADE / UF		CARTÃO SUS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
FILIAÇÃO					
ESCOLARIDADE:		PROFISSÃO:		ESTADO CIVIL:	
COMPOSIÇÃO E RESUMO FAMILIAR:					
RENTA FAMILIAR:			BENEFÍCIO ASSISTENCIAL RECEBIDO:		
ACOMPANHANTE:				TELEFONE:	
ACOMPANHANTE:				TELEFONE:	
INTERNAÇÃO					
DATA DE INTERNAÇÃO:		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
DATA DE ALTA		DATA DA TRANSFERENCIA:		DATA DO ÓBITO:	

LEITO:

[illegible]

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		
DATA / /	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		
DATA / /	☐ Fala Consciente ☐ Fala Desconexa ☐ Sono Normal ☐ Insônia ☐ Passividade ☐ Impaciente ☐ Agressividade ☐ Tranquilo ☐ Calmo ☐ Irritado ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Agitação ☐ Psicomotora	☐ Ansiedade ☐ Mal humor ☐ Medo ☐ Raiva ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Luto ☐ Depressão ☐ Estresse ☐ Inquietação	☐ Suporte Familiar ☐ Sem Suporte Familiar		

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID: _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANDA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID: _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANDA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	
	ANTIBIOTICO TERAPIA ☐ SEM USO DE ANTIBIOTICO ☐ COM USO DE ANTIBIOTICO ☐ 7 DIAS ☐ 10 DIAS ☐ 14 DIAS ☐ SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ☐ PRÉ-CIRURGIA ☐ PÓS-CIRURGIA ☐ NÃO INFORMADO	☐ FALTA DE APETITE ☐ VÔMITO ☐ DOR ABIDOMINAL ☐ DISTENSÃO ☐ DOR LOCAL ☐ TONTURA ☐ NAUSEAS ☐ CANSAÇO ☐ FEBRE ☐ EDEMA ☐ DEPRIMIDO ☐ OUTROS _____	☐ LIVRE ☐ BRANCA ☐ PASTOSA ☐ LIQUIDA ☐ HIPOGLICIDICA ☐ HIPOSSODICA ☐ HIPERPROTEICA ☐ HIPERCALORICA ☐ ZERO ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL ☐ OUTROS _____	☐ NORMAL ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO	☐ POUCA ☐ RAZOAVEL ☐ BOA	PA _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	☐ DIABETES ☐ IRA/IRC ☐ ALZHEIMER/PARKINSON ☐ HAS ☐ PANCREATITE ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DOENÇAS BILIARES ☐ DESNUTRIÇÃO ☐ ANEMIA (S) ☐ PNEUMONIA ☐ OUTROS _____	

Diagnóstico: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Estado Civil: _____

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		
DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		
DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	() Fala Consciente () Tranquilo () Fala Desconexa () Calmo () Sono Normal () Irritado () Insônia () Otimista () Passividade () Pessimista () Agressividade () Inquietação () Ansiedade () Alegria () Mal humor () Agitação () Medo () Luto () Raiva () Depressão () Tristeza () Estresse () Angústia () Impaciente	() Suporte Familiar () Sem Suporte familiar () Pct Com Boa Evolução () Pct Sem queixas () Pct Estável () Pct Com Bom Estado Geral () Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico () Pct Aguarda Curativo () Pct Segue em Repouso no Leito () Pct Segue sem Alterações () Pct com Boa Recuperação () Pct Segue Grave		

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome: _____

Nome Social: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Curgirgias Anteriores: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA _____ x _____ mmHg Tax: _____ °C

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Feridas: _____ Drenos: _____

Cianose: () SIM () NÃO Edema: () SIM () NÃO Luxações: () SIM () NÃO

Úlceras de Decúbito: () SIM () NÃO Fraturas: () SIM () NÃO Deformidades: () SIM () NÃO

AValiação E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

Padrão Ventilatório: _____

Deformidades Torácicas: () SIM () NÃO Tiragens: () SIM () NÃO

Enfisema Subcutâneo: () SIM () NÃO Secreção: _____

Ausculpa Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

() AA () Oxigenoterapia: CN _____ /min MNBZ _____ /min Venturi _____ %/ _____ l/min

() VNI TQT () nº _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

VC: _____ PIP: _____ PEEP: _____ FR: _____ FIO2: _____

PS: _____ SaTO2: _____ TINSPI: _____ SENS: _____ I:E: _____

AValiação NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Ativa () Passiva ()

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

Grau 1 - Esforço de Contração visível, mas não produzindo movimento;

Grau 2 - Movimento ativo possível, mas não vencendo a força da gravidade;

Grau 3 - Movimento ativo possível, vencendo a força da gravidade;

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE RASS

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Melhor Resposta Motora		ESCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
Olhos abertos previamente à estimulação	4	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5	Cumprimento de ordens de 2 ações	6	+4	Combativo	Francamente combativo vilento, levando perigo imediato a equipe
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3	Resposta não orientada mas comunicação coerente	4	Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no pescoço	5	+3	Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
Abertura ocular após estimulação de extremidade dos dedos	2	Palavras isoladas inteligíveis	3	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	4	+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, pode brigar com o respirador
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	1	Apenas gemidos	2	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo padrão predominante claramente normal	3	+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
Olhos fechados devido ao fator local	NT	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2	0	Alerta e calmo	
		Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	NT	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	1	-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por mais de 10 seg
				Fator que limita resposta motora	NT	-2	Sedado Leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 seg
						-3	Sedado Moderado	Movimento ao abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
						-4	Sedado Profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimento ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
						-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

CONDUTA: _____

FISIOTERAPEUTA

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM



Nome: _____ Leito: _____
Data da Admissão _____ Hora _____ Diagnóstico _____
Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____ Procedência: _____

☐ Relato do Paciente ☐ Coleta dos dados junto a familiares ☐ Não há possibilidades de coleta

Motivo da Hospitalização/Queixa Principal: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Cirurgias Anteriores: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____
Cardiopatias: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____
Diabetes: ☐ Não ☐ Sim
Hipertensão: ☐ Não ☐ Sim
Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim - Cig/dia _____
Etilismo: ☐ Não ☐ Sim
Alergia: ☐ Não ☐ Sim/Medicação _____
Medicamentos em uso: ☐ Não ☐ Sim/Quais? _____

II - EXAME FÍSICO

Neurológico: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Agitado ☐ Incosciente
Outros: _____

ESCALAS DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a Ordens	6
Atende Ordem Verbal	3	Confuso	4	Localiza Dor	5
Resposta à Dor	2	Palavras Inapropriadas	3	Retira Membro mas não localiza Dor	4
Ausência de Resposta	1	Sons Incompreensíveis	2	Desorientação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
				TOTAL =	

VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW

3 a 8 - Traumatismo Grave: Coma Grave
9 a 12 - Traumatismo Modereado: Coma Leve
12 a 15 - Traumatismo Leve: Não há Coma

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes

CABEÇA E PESCOÇO

Couro Cabeludo: ☐ Sem Alteração ☐ Alopecia ☐ Cicatriz ☐ Lesão ☐ Fontanela

Obs.: _____

Olhos: ☐ Sem Alteração ☐ Hiperema ☐ Nistagmo ☐ Uso de Óculos/Lentes ☐ Diplopia ☐ Catarata

☐ Deficiência Visual/Qual? _____

Nariz: ☐ Sem Alterações ☐ Epistaxe ☐ Obstrução ☐ Obs.: _____

Orofaringe: ☐ Sem Alterações ☐ Uso de Próteses ☐ Sucção ☐ Lesão Tipo: _____

☐ Disfagia ☐ Dislalia ☐ Afasia ☐ Gânglios Local: ☐

Mucosa: ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Gânglios Local ☐ Desidratada Obs.: _____

Pescoço: ☐ Sem Alteração ☐ Rigidez de Nuca ☐ Gânglios ☐ Turgência de Jugulares

Obs.: _____

PELE E ANEXOS

☐ Sem alteração ☐ Icterícia ☐ Cianose ☐ Palidez ☐ Turgor ☐ Edema
☐ Hematoma ☐ Úlcera de Decúbito
☐ Enfisema ☐ Incisão Cirúrgica/Local?

MÚSCULO E ESQUELETO

Muscular: ☐ Sem alterações ☐ Mialgia
Membros: ☐ Piágia ☐ Paresia ☐ Parestesia
Esquelético: ☐ Sem alterações ☐ Lordose ☐ Cifose ☐ Escoliose
☐ Tração / Placas / Pinos. Local?
☐ Locomoção Prejudicada

TÓRAX

☐ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Fraturas ☐ Drenos. Loca.:
☐ Dor - Tipo
Padrão Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ Ar Ambiente ☐ Cateter de O2 ☐ Máscara
Ventilação Mecânica: ☐ TOT ☐ Traqueostomia ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico
☐ Tosse ☐ Expetoração - Cor/Aspecto:
Outros
Ruídos Adventícios: ☐ Pulmões Livres ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
Mamas: ☐ Sem alteração ☐ Presença de Nódulos ☐ Mastectomia ☐ Ginecomastia

CARDIOVASCULAR

Frequência Cardíaca: ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico
Pulsos Periféricos: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Rítmico ☐ Arrítmico
Rede Venosa Periférica: ☐ Normal ☐ Fragilidade capilar ☐ Perfusão
Obs.:

GASTROINTESTINAL

Abdome: ☐ Plano ☐ Distendido ☐ Globuloso ☐ Tímpanico ☐ RHA Presente ☐ Doloroso
☐ Vômitos /dia ☐ Hematêmese ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐ Colostomia
☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ Drenos
Obs.:
Hábito Intestinal: ☐ Frequência /dia ☐ Flatulência ☐ Obstipação ☐ Diarréia /dia

URINÁRIO

☐ Sem alteração ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Poliúria ☐ Polaciúria ☐ Incontinência
☐ Cistostomia ☐ SVD ☐ Obs.:

GENITAL

Feminino: ☐ Sem alteração ☐ Leucorréia ☐ Amenorréia ☐ Menopausa
☐ DST outros:
Masculino: ☐ Sem alteração ☐ Presença de Secreção
☐ Edema ☐ DST outros
Períneo: ☐ Sem alteração ☐ Hiperemia ☐ Lesão

DOR

Localização:
Tipo:

III - CONDUTA NA ADMISSÃO

Data: / / Hora: Ass/Carimbo/Enfermeiro:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OMNIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[illegible]

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da Consulta: (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

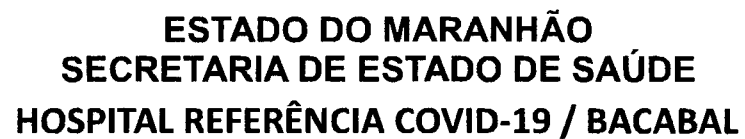
Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____
Data de Nas. ____/____/____ Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE DEVOLUÇÃO:

DATA DA DEVOLUÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

PRODUTO

LOTE

QTE.

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

- () EXCESSO DE ESTOQUE
- () MEDICAMENTO/MATERIAL VENCIDO
- () SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO
- () OUTRAS

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA: _____

HOSPITAL DE REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL

RELATÓRIO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL

DATA: ____/____/____

ASSISTENTE SOCIAL:	
REFEIÇÕES LIBERADAS PARA ACOMPANHANTES - QT	
ALA A:	
ALA B:	
UCI:	
EVOLUÇÕES E ENTREVISTA SOCIAL - QT	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA A	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA B	
EVOLUÇÃO SOCIAL UCI	
ENTREVISTA SOCIAL ALA A	
ENTREVISTA SOCIAL ALA B	
ENTREVISTA SOCIAL UCI	
ÓBITOS - QT	
ÓBITOS	
SETOR DO ÓBITO	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DIÁRIA

FAIXA ETÁRIA	QT
10 a 19 anos	
20 a 29 anos	
30 a 39 anos	
40 a 49 anos	
50 a 59 anos	
60 a 69 anos	
70 a 79 anos	
80 a 89 anos	
90 a 99 anos	
100 anos ou mais	

CIDADES DE ORIGEM	QT
Bacabal	
Alto Alegre	
Altamira	
Bom Lugar	
Lago Açu	
Lago Verde	
Marajá do Sena	
Olho D'Água das Cunhas	
Paulo Ramos	
São Luiz Gonzaga	
São Mateus	
Satubinha	
Vitorino Freire	

PROVENIENTES	QT
HOSPITAL GERAL DE BACABAL	
HOSPITAL DE CAMPANHA	
HOSPITAL LAURA VASCONCELOS	

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____
Leito: _____ DN: ____/____/____ Admissão: ____/____/____

Motivo da Internação: _____
Diagnóstico Principal: _____
Diagnósticos Secundários: _____

RESUMO

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Transferência para _____

Encaminhamentos: _____

Observações: _____

Data: ____/____/____

Médico

CRM Carimbo

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MOD: _____ VC _____ PíInsp _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/TíInsp: _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoc: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: _____ RX: _____	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: _____ VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome completo do paciente sem abreviaturas: _____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____

Hemocomponentes (s) solicitado (s): (especificar volume ou quantidade)

Tipagem: _____

Conc. de Hemácias ()

Conc. de Plaquetas ()

Plasma Fresco Congelado ()

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

() Deleucocitado ou Filtrado

() Deleucocitado ou Filtrado

() Crioprecipitado

() Lavado

() Lavado

() Irradiado

() Irradiado

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

Hb: _____ ou Ht: _____ Nº de plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

Obs:

Transfusões prévias? () Sim () Não

Teve reação transfusional? () Sim () Não Qual tipo?

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Transfusão

() Programa Dia ____/____/____ Hora: _____

() De rotina (Dentro de 24 horas)

() Urgente (Dentro de 3 horas)

() De urgência (qualquer retardo acarretará risco para vida) --- **Vide Verso**

Tipo de Transfusão

() Ambulatório

() Clínica Cirúrgica

() Gineco;Obstetrícia

() UTI

() Clínica Médica

() Pediatria

() Emergência/SPA

() Residência

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

(Uma requisição incompleta, inadequada e ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia)

Em cumprimento à Resolução Portaria nº 1353, art. 105,16,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/021VIS, é obrigado a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO +Rh são provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPREESCINDÍVEL o preenchimento do termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunohematológicas. O paciente está sob a minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem a demora na liberação do Hemocomponente solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem provas de compatibilidade pré-transfusionais, sendo que as mesmas devem ser finalizadas ainda que, sejam competadas.

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS

() Declaro estar ciente da não disponibilidade em estoque, no momento, do Hemocomponente do mesmo grupo sanguíneo do meu paciente, porém, diante da urgência do caso, autorizo a transfusão de sangue hetero grupo compatível.

() Declaro estar ciente do problema imunohematológico do sangue do paciente a quem estou prestando assistência médica, cabendo-me a autorização do sangue menos compatível pela imperativa necessidade de tratamento que o caso requer.

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIOTICOS

1. NOME: _____

2. IDADE _____ 3. DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ 4. SETOR: _____

5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____ LABORATORIAL: ____S____N

6. CULTURA ____S____N

7. CIRURGIA ____S____N

TIPO DE CIRURGIA: _____
____ LIMPA
____ POTENCIALMENTE CONTAMINADA
____ CONTAMINADA
____ INFECTADA

8. FATORES DE RISCO:

____ DM _____ INTERNAÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

____ ACESSO VENOSO PROFUNDO _____ ACAMADO

____ HAS _____ CATETESIMO VESICAL

____ IMUNODEPRIMIDO

9. ANTIBIÓTICO SOLICITADO: _____.

10. APRESENTAÇÃO:

____ VO _____ IM DURAÇÃO: _____ DIAS

____ IV OUTROS: _____ HORÁRIO: _____.

11. MOTIVO:

____ PROFILAXIA _____ TERAPEUTICO

12. INDICAÇÃO:

____ PNEUMONIA _____ FERIDA CIRÚRGICA _____ INFECÇÃO DE CATETER

____ SEPTICEMIA _____ INFECÇÃO URINARIA _____ OUTROS: _____.

13. TIPO DE INFECÇÃO:

____ HOSPITALAR _____ COMUNITÁRIA (MENOS DE 48 HORAS DE INTERNAÇÃO).

14. SOLICITANTE: _____.

DATA E CARIMBO

DATA: ____/____/____.

CONTROLE DE LIBERAÇÃO PELA FARMÁCIA:

	DATA	QUANTIDADE	PROFISSIONAL	TOTAL/DIA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				