



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 747/2022

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **02/09/2022 a 06/09/2022**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **anual** do Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos, em Bacabal/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

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 **02/09/2022 a 06/09/2022**.

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, no horário das 08h às 17h, 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 da cotação.

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**.

[Digite aqui]



INVISA
Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

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 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.

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 dos produtos será realizada no local descrito a seguir:

- **Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (99) 3621-2784 / 3621-3244 / 3621-2394 / 3621-1740.

12. As quantidades a serem entregues na unidade constam na plataforma de compras.

13. Recebida a OF – Ordem de Fornecimento, a **CONTRATADA** deverá enviar através do e-mail compras.ma@invisa.org.br o cronograma de sua entrega.

14. A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 01 (um) ano partir da data de fabricação do produto.

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

15.1. 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;

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

15.3. 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.

16. A **CONTRATADA** deverá fornecer os produtos dentro das especificações solicitadas, atendendo aos seguintes critérios:

16.1. Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi solicitado: dimensão, cor, formato, etc.

[Digite aqui]

16.2.Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições exigidas.

17.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.

18. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos, válidos na data do envio da proposta:

- 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 da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados;
- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

19. A empresa vencedora deverá também enviar as certidões que comprovem regularidade fiscal da empresa, atualizadas, junto com a Nota Fiscal.

20. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

21. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o **MENOR PREÇO GLOBAL**.

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

23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como modelo, tipo, apresentação, dimensão 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.

25. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.

26. Apurada a proposta de menor preço **GLOBAL**, 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.

27. 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.

29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.

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

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 no curso da execução contratual.

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 seu Anexo.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 02 de setembro de 2022.

Bruno Soares Ripardo
Diretor-Geral
Instituto Vida e Saúde – INVISA



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br
TERMO REFERENCIA

1. Quantidade estimada:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004287	AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5100 FOLHAS	BLOCO	120
2	004298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
3	004308	BÁSICA MÉDICA (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	36
4	008064	BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	180
5	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	180
6	007989	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ? SHF/CCIH 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	180
7	007099	BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	12000
8	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	36
9	008017	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	BLOCO	240
10	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
11	006945	BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO	BLOCO	180
12	006943	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	60
13	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	360
14	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	180
15	004431	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	1000
16	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO, FRENTE	BLOCO	60
17	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	24
18	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	180
19	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELO NOVO), FRENTE	BLOCO	120
20	004286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	24
21	004303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	180
22	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	120
23	004452	BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA	BLOCO	180
24	007120	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	180
25	008062	BLOCO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ? 100X 1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	72
26	004306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

27	004315	CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HLRV, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
28	007152	CAPA DE PRONTUARIO - DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M ² , OU MAIOR.	BLOCO	60
29	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	80
30	004291	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
31	004288	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
32	004314	ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	1200
33	004317	ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
34	004319	ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
35	004316	ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	6000
36	004318	ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
37	004312	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
38	004290	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
39	004292	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
40	004289	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
41	004295	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
42	004293	FICHA ODONTOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
43	004297	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
44	004294	FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
45	004278	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
46	004305	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
47	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
48	004282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	360
49	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
50	004307	MATERIAL CONSIGNADO (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
51	004285	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
52	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

53	004280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
54	004300	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
55	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	720
56	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
57	004276	REQUISICÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	180
58	004281	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
59	004407	SAE - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BLOCO COM 100 UNIDADES.	BLOCO	540
60	004310	SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
61	004311	SAEP 3 E 4. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
62	004296	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
63	004299	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
64	004284	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
65	004302	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24

1.1. A quantidade prevista trata-se de mera estimativa, os pedidos mensais poderão sofrer variação de acordo com a demanda mensal da unidade.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

CONTRATO DE "FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR" QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, E DE OUTRO, A EMPRESA XXXXXXXX.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004287	AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
2	004298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
3	004308	BÁSICA MÉDICA (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	36
4	008064	BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	180
5	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	180
6	007989	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ? SHF/CCIH 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	180
7	007099	BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	12000
8	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	36
9	008017	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	BLOCO	240
10	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
11	006945	BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO	BLOCO	180
12	006943	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	60
13	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	360

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

14	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	180
15	004431	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	1000
16	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, FRENTE	BLOCO	60
17	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	24
18	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	180
19	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELONOVO), FRENTE	BLOCO	120
20	004286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DEMEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	24
21	004303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	180
22	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	120
23	004452	BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA	BLOCO	180
24	007120	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	180
25	008062	BLOCO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ?100X 1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	72
26	004306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
27	004315	CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HRLV, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
28	007152	CAPA DE PRONTUÁRIO - DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M², OU MAIOR.	BLOCO	60
29	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	80
30	004291	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
31	004288	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
32	004314	ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	1200
33	004317	ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
34	004319	ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
35	004316	ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	6000
36	004318	ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
37	004312	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
38	004290	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
39	004292	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
40	004289	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
41	004295	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
42	004293	FICHA ODONTOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

43	004297	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
44	004294	FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
45	004278	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
46	004305	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
47	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
48	004282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	360
49	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
50	004307	MATERIAL CONSIGNADO (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
51	004285	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
52	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
53	004280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
54	004300	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
55	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	720
56	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
57	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	180
58	004281	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
59	004407	SAE - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BLOCO COM 100 UNIDADES.	BLOCO	540
60	004310	SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
61	004311	SAEP 3 E 4. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
62	004296	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
63	004299	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
64	004284	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
65	004302	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000.

3. Os objetos deste contrato deverão atender às especificações e quantidades constantes no quadro acima e nos modelos que seguem em anexo.

4. A compra dos materiais será realizada mensalmente, de acordo com a quantidade necessária para atender a necessidade/demanda do mês, e serão
[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

fornecidos após o recebimento da Ordem de Fornecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

1. A **CONTRATADA** fornecerá os materiais objeto do presente contrato através de seus sócios, prepostos, empregados e terceiros por ela indicados, que não terão nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma olidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

1.1. Certificar-se de que os materiais fornecidos satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;

1.2. Operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução deste Contrato, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;

1.3. Fornecer os materiais com toda a devida diligência, habilidade e cautela.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **12 (doze) meses**, tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 747/2022/MA.

1.1. O preço estabelecido nesta Cláusula será pago em até 30 (trinta) dias, mediante envio de **NOTA FISCAL** pela **CONTRATADA**, observadas as disposições que se seguem.

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

1.3. 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.

2. A **CONTRATADA** deverá apresentar em até 07 (sete) dias corridos, contados

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

da data de recebimento da Ordem de Fornecimento, a Nota Fiscal com o atestado de recebimento da execução do fornecimento à **CONTRATANTE**, **acompanhada da Ordem de Fornecimento e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:**

2.1. Certidões Negativas de Débitos Federais e Municipais da sede da empresa, válidas no dia de sua apresentação;

2.2. Certidões Negativas de Débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;

2.3. Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;

2.4. Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.

3. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **04/2016/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

4. Os pagamentos em favor da **CONTRATADA** serão realizados exclusivamente por meio de depósito bancário na seguinte conta em nome da empresa:

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

5. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irrevogáveis durante a vigência do presente contrato.

5.1. A alteração de preço dos materiais, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA**, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

CLÁUSULA QUINTA - PRAZO, LOCAL E CONDIÇÃO DE ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO

1. O prazo máximo para a entrega do objeto, é de 07 (sete) dias corridos contados a partir da data de recebimento da Ordem de Fornecimento. Facultativamente, desde que devidamente justificado e autorizado pelo Departamento de Compras da **CONTRATANTE**, o prazo de entrega poderá ser prorrogado uma única vez por igual período.

2. Após recebimento da Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** deverá realizar o agendamento da entrega e enviar o cronograma de sua entrega através do e-mail compras.ma@invisa.org.br.

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP:

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

65700-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

4.1. A CONTRATADA entregará os materiais, obrigatoriamente, de acordo com as especificações contidas na Cláusula Primeira e com os modelos em anexo.

4.2. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos materiais do veículo de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos materiais.

5. Condição de Recebimento:

5.1. Os materiais serão recebidos pela **CONTRATANTE**, sendo as notas fiscais devidamente atestadas.

5.2. Os materiais deverão ser entregues em embalagens adequadas, entendendo-se como tal aquelas que condicionam devidamente os materiais, envelopes ou outros acondicionamentos similares, que correspondam efetivamente à apresentação do produto.

5.3. O setor responsável pelo recebimento dos materiais, verificará no ato da entrega pela **CONTRATANTE** as condições físicas apresentadas pelo objeto, ou seja, se estão de acordo com o constante na Ordem de Fornecimento. Caso estas condições não sejam satisfatórias, a remessa poderá ser devolvida ou recusada, devendo ser reposta por outra, no prazo de 02 (dois) dias úteis, independentemente da aplicação das penalidades previstas.

5.3.1. O aceite do objeto pelo **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** por vícios de qualidade ou técnicos, aparentes ou ocultos, ou em desacordo com as especificações estabelecidas neste contrato.

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

1. Após a emissão da Ordem de fornecimento pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** ficará autorizada a iniciar o fornecimento dos materiais.

2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

1. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará a **CONTRATADA** a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

1.1. 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;

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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

1.3.1. Advertência;

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

2. A CONTRATADA fica sujeito a multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do presente contrato, por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta cláusula.

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

4. O CONTRATANTE poderá descontar dos pagamentos eventualmente devidos à **CONTRATADA**, os valores correspondentes à aplicação de multa contratual ou, se for o caso, efetuar cobrança judicial.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. A CONTRATADA responsabilizar-se-á integralmente, nos termos da legislação vigente, pelo fornecimento do produto especificado no quadro da cláusula primeira dentro do prazo, após o recebimento da Ordem de Fornecimento, observando o estabelecido nos itens a seguir:

1.1. Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 747/2022/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

1.2. Prestar os serviços gráficos com a impressão de material, de acordo com os modelos solicitados pela CONTRATANTE que seguem em anexo.

1.3. Proceder com a entrega do produto, mediante a solicitação por Ordem de Fornecimento enviada por e-mail ou de outra forma de interesse da **CONTRATANTE**;

1.4. Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias.

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório n°. 747/2022/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

1.7. Responsabilizar-se pelo transporte, carga e descarga dos materiais, no local estabelecido para entrega;

1.8. A **CONTRATADA** assume todo o custeio com o frete dos materiais.

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1.9. Fornecer os materiais de acordo com as especificações constantes na Cláusula Primeira e de acordo com os modelos em anexo;

1.10. Só será aceita a mudança do material com anuência por escrito da **CONTRATADA**.

1.11. Comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** qualquer ocorrência ou anormalidade no fornecimento do objeto;

1.12. Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 747/2022/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

1.14. Arcar com o pagamento de todos os tributos, encargos e demais obrigações que incidam sobre o fornecimento.

1.15. Manter sigilo absoluto, não veiculando publicidade acerca deste contrato, salvo se houver prévia autorização do **CONTRATANTE**.

1.16. Entregar os materiais acompanhados de nota fiscal discriminando-os, de acordo com as especificações técnicas.

1.17. A CONTRATADA será a única responsável pela entrega do(s) material(s), sendo vedada a transferência total ou parcial dos direitos e obrigações oriundos deste contrato a terceiros;

1.18. A CONTRATADA facilitará a **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização Permanente dos fornecimentos e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos funcionários da **CONTRATANTE** designados para tal fim.

2. Será de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de profissionais para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para a **CONTRATANTE**.

2.1. O fornecimento do objeto do presente contrato não implica em vínculo empregatício nem de exclusividade entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 858/ 2021/ MA.

2. Efetuar os pagamentos de acordo com os preços constantes Proposta Comercial da **CONTRATADA**.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

3. Permitir, desde que necessário, o livre acesso dos funcionários da **CONTRATADA** em suas dependências, para fins de realização da entrega dos materiais.
4. Prestar informações e esclarecimentos restritos ao objeto deste contrato sempre que solicitados pelos empregados da **CONTRATADA**.
5. Rejeitar o fornecimento dos materiais objeto do presente contrato, por terceiros, sem autorização expressa das partes.
6. Solicitar a substituição dos materiais que apresentarem avarias, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.
7. Atestar as faturas correspondentes e supervisionar o fornecimento dos materiais por intermédio de um funcionário designado para este fim.
8. Comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.
9. Proporcionar todas as facilidades necessárias à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

1. A **CONTRATADA** fica expressamente proibida de subcontratar parcial ou totalmente as obrigações assumidas por este instrumento, sob pena de rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.
2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;
3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.
4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.
5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:
6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;

7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.

8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **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 Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

9. Vencidos os 12 (doze) meses do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde Ja, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.

3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado n.º. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

4. A **CONTRATADA** reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

5. Eventuais despesas e custas processuais, dependidos pelo **CONTRATANTE** também serão ressarcidos imediatamente pela **CONTRATADA**, que desde já os reconhece como sendo de sua responsabilidade, servindo os recibos, guias ou notas, como comprovantes de pagamento e documentos hábeis à instruir cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE**.

6. A responsabilidade técnica e profissional pelo fornecimento dos materiais, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CONTRATADA e de seus sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

1. A execução do presente Contrato, bem como os casos omissos, regular serão pelas Cláusulas Contratuais, aplicando se lhes, supletivamente, os Princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Público e/ou Privado.

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade de São Luís - MA, 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 o presente 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 conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.

São Luís/MA, xx de xxxx de 2022.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA
XXXXXXX

TESTEMUNHAS:

Nome:
End.:
CPF:

Nome:
End.:
CPF:

[Digite aqui]

MODELOS DOS FORMULÁRIOS



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DR.^a LAURA VASCONCELOS
BACABAL – MA

RECEITUÁRIO

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

DATA: ____/____/____



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DR.^a LAURA VASCONCELOS
BACABAL – MA

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DR.^a LAURA VASCONCELOS
BACABAL – MA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DR.^a LAURA VASCONCELOS
BACABAL – MA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CLIENTE: _____
QUARTO: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____
INTERNAÇÃO: _____
DATA: ____/____/____ FIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Jejum às _____ para _____		
2	Peso Corpóreo _____		
3	Avaliar e anotar nível de consciência		
4	Verificar e anotar sinais vitais cada _____ hora		
5	Trocar e fixação de COT ou Traqueostomia		
6	Banho de _____		
7	Higiene oral _____ x dia		
8	Higiene Íntima _____ x dia		
9	Realizar mudança de decúbito _____ x dia		
10	Realizar massagem de conforto _____ x dia		
11	Produto para massagem		
12	Sentar cliente na poltrona		
13	Observar e anotar diurese		
14	Observar e anotar eliminações		
15	Observar e anotar aceitações alimentares		
16	Realizar limpeza concorrente da Unidade		
17	Trocar de equipo/ Torneirinha/ Extensores/ Bureta		
18	Puncionar Veia Periférica		
19	Uso de Bomba de infusão		
20	Controle de infusão Venosa		
21	Trocar de circuito respiratório		
22	Aspiração - OTQ/ETM _____ x dia		
23	Tricotomia - Região _____		
24	Encaminhar o cliente para _____		
25	Curativo P/M/G _____		

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



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.

Fem.

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 OU VIOLÊNCIAS)

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)



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	DDD
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF
14 - CEP		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO () CNS () CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

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: ____/____/____.



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO VIDA E SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

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				

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

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: _____

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica		Categoria		Data	Horas
Operação					
Ambulatório <input type="checkbox"/>		Séptica <input type="checkbox"/>		Asséptica <input type="checkbox"/>	
Cirurgião		1º Auxiliar		2º Auxiliar	
Instrumentador			Anestesista		
Anestesia					
Preparo					
Material Especial					
Congelação <input type="checkbox"/>		Raios X <input type="checkbox"/>		Serra Elétrica <input type="checkbox"/>	
Transf. Sangue <input type="checkbox"/> 500 ml		<input type="checkbox"/> 1000 ml		<input type="checkbox"/> 2000 ml	
			UTI. O. Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Médico		Enfermeiro(a)		Marcado em ____/____/____	

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica		Categoria		Data	Horas
Operação					
Ambulatório <input type="checkbox"/>		Séptica <input type="checkbox"/>		Asséptica <input type="checkbox"/>	
Cirurgião		1º Auxiliar		2º Auxiliar	
Instrumentador			Anestesista		
Anestesia					
Preparo					
Material Especial					
Congelação <input type="checkbox"/>		Raios X <input type="checkbox"/>		Serra Elétrica <input type="checkbox"/>	
Transf. Sangue <input type="checkbox"/> 500 ml		<input type="checkbox"/> 1000 ml		<input type="checkbox"/> 2000 ml	
			UTI. O. Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Médico		Enfermeiro(a)		Marcado em ____/____/____	

Nome: _____ Idade: _____

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

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



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS

GOVERNO DO
MARANHÃO



EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LETO _____ 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
	ANTIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



GOVERNO DO
MARANHÃO

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DIAGNOSTICO: Interação NOME: Carla Jorge ID: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	ENFERMARIA: <u>FUNÇÃO INTERVENCIONAL</u>	LEITO	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Branda <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Hipoglicídica <input type="checkbox"/> Hipossódica <input type="checkbox"/> Hiperproteica <input type="checkbox"/> Hiperclorica <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipado	<input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Boa	PA _____ mm Hg _____ mm GLUCEMIA _____ Mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Hipoglicídica <input type="checkbox"/> Hipossódica <input type="checkbox"/> Hiperproteica <input type="checkbox"/> Hiperclorica <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipado	<input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Boa	PA _____ mm Hg _____ mm GLUCEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Hipoglicídica <input type="checkbox"/> Hipossódica <input type="checkbox"/> Hiperproteica <input type="checkbox"/> Hiperclorica <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipado	<input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Boa	PA _____ mm Hg _____ mm GLUCEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL DR^a LAURA VASCONCELOS
CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

LEITO PACIENTE	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
--------------------	----------------	---

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

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

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

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



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

FICHA ODONTOLÓGICA

Nome: _____
Idade: _____ Data da internação: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____

HISTÓRIA MÉDICA

Sinais vitais/ Alterações sistêmicas:

Medicações em uso:

EXAME FÍSICO

EXTRABUCAL

Assimetria facial () Ausente () Presente

Lesões cutâneas () Ausente () Presente

Fístula extrabucal () Ausente () Presente

INTRABUCAL

Avaliação de alterações na mucosa:

Lábio superior () Ausente () Presente _____

Lábio inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial superior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal direita () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal esquerda () Ausente () Presente _____

Língua () Ausente () Presente _____

Assoalho bucal () Ausente () Presente _____

Palato mole () Ausente () Presente _____

Orofaringe () Ausente () Presente _____

Glândulas salivares () Ausente () Presente _____

Rebordo alveolar () Ausente () Presente _____

Fístula intrabucal () Ausente () Presente _____

NOME:

IDADE:

DATA:		HORA:	HS:
QUADRO CLÍNICO:			
ESTADO DE CONSCIÊNCIA () alerta () sonolência () obnubilação () torpor () coma			
RESPIRAÇÃO () VE () O ₂ () VNI () VM TQT () ausente () presente CANULA () plástica () metal () dispneia () BLUE DYE TEST () positivo () negativo			
COMUNICAÇÃO - Compreensão () presente () ausente () confuso () DA - Expressão () normal () ausente () confuso () afasia () demência () apraxia			
VOZ () normal () ausente () rouca () soprosa () instável () aspereza () astenia () intensidade fraca () molhada FALA () adequada () ausente () articulação imprecisa () articulação ininteligível () disфония () disartria			
ASPECTOS DAS ESTRUTURAS [NL] norma [R] reduzido - lábios () força () mobilidade () coordenação () sensibilidade - Língua () força () mobilidade (R) coordenação () sensibilidade - Mandíbula () força () mobilidade () sensibilidade - Palato mole () mobilidade () sensibilidade - mobilidade hio laringea () adequada () lentificada () rigidez () ausente () auscultação limpa () auscultação ruidosa			
REFLEXO GAG () presente () ausente () posteriorizado () anteriorizado () exacerbados ARCAICOS () mordida () sucção			
TOSSE () eficaz () fraca () ausente () atrasada () produtiva () não produtiva Pigarro voluntário () eficaz () ineficaz () ausente			
DEGLUTIÇÃO SALIVA () adequada () frequência reduzida () ineficaz () sialorreia () xerostomia () engasgos			
QUALIFICAÇÃO DO BOLO () ADEQUADO () INADEQUADO PROPULSAO DO BOLO () ADEQ. () INA ESCAPE () AUSENTE () POSTERIOR () ANTERIOR ESTASE () AUSENTE () PRESENTE			
NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO		
I	() Deglutição FUNCIONAL		
II	() Disfagia Orofaringea LEVE		
III	() Disfagia Orofaringea LEVE A MODERADA		
IV	() Disfagia Orofaringea MODERADA		
V	() Disfagia Orofaringea MODERADA A SEVERA		
VI	() Disfagia Orofaringea SEVARA		
CONDUTA : – <i>Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – FOIS 1</i> () Nível 1: Nada por via oral () Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido () Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido () Nível 4: Via oral total de uma única consistência () Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações () Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares () Nível 7: Via oral total sem restrições			
Consistência prescrita () líquida () livre [] espessado () néctar () mel () pudim} () pastosa () branda () sólida			
Modo de oferta () colher () copo () canudo () seringa () pedaços () indiferente () assistida () independente			
OBS:			

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 () n° _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

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

PS: _____ SaTO2: _____ TINSP: _____ SENS: _____ I:E: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Atica () 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		SCORE	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: _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA



MÊS: _____

SETOR: _____

LEITO: _____

ADMISSÃO: ____/____/____

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

DIA	SD - PROFISSIONAL / CARIMBO	SN - PROFISSIONAL / CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

DIA	SD - PROFISSIONAL / CARIMBO	SN - PROFISSIONAL / CARIMBO
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

DIA	SD - PROFISSIONAL / CARIMBO	SN - PROFISSIONAL / CARIMBO
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

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	

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	



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL Dra LAURA VASCONCELOS
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



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 INTRODUZIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H		
20:00																						
22:00																						
00:00																						
02:00																						
04:00																						
06:00																						
TOTAL INTRODUZIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H		

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome Completo do paciente sem abreviaturas: _____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar: _____ Sexo: _____

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

Diagnóstico: _____

Hemocomponente(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	() 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**

Tipos 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. 105,106,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/02/1VIS, 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 IMPRESCINDÍVEL o preenchimento do termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa está 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 completadas.

Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO 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

RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

Unidade do destino: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS / BACABAL-MA					
Dados do Receptor			Número da requisição		
Nome do Paciente / Receptor: _____					
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	SEXO F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/>		NÚMERO REGISTRO/PRONTUÁRIO: _____		
Número da Bolsa: _____					
DATA DA TRANSFUSÃO: ____ / ____ / ____	Apto. <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> _____		NÚMERO DO LEITO: _____		
TESTE DE COMPATIBILIDADE:					
Salina:	Albumina:	Coombs:	Grupo ABO:	RH:	Fenotipagem:
SANGUE E HEMODERIVADOS:					
Tipagem Sanguínea:					mL
ABO:		RH:	D Fraco:		
_____ <small>FARMACÊUTICA-BIOQUÍMICA OU BIOMÉDICA RESPONSÁVEL - HGLV / MA</small>					
APLICAÇÃO					
EM					
_____ Médico Responsável					

**TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS
(PORTARIA: 158/2016 GM/MS)**

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



MÊS/ANO

DATA	Nº	PACIENTE (PRÉ-TRANSFUSIONAL I) (Classificação Sanguínea, Direto e Indireto)						HEMOCOMPONENTES (PRÉ-TRANSFUSIONAL II) (Retipagem da Bolda e Prova de Compatibilidade)					TÉC
		NOME	ORIGEM	GS	PAI		CD	GS	R E T.	BOLSA	MAC.	RESUL- TADO	
					I	II							
	01												
	02												
	03												
	04												
	05												
	06												
	07												
	08												
	09												
	10												
	11												
	12												
	13												
	14												
	15												
	16												
	17												
	18												

LOTES DOS REAGENTES

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

HORA INÍCIO: _____

HORA TÉRMINO: _____

DATA

____/____/____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Pulseira com identificação no acidente com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Consentimento informado assinado pelo paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Qual o local da cirurgia? _____</p> <p>Qual o procedimento a ser realizado? _____</p> <p>Qual lado? _____</p> <p>Sítio cirúrgico foi marcado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Há risco de via aérea difícil / bronco aspiração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA: O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções. Peça ao cirurgião que confirme verbalmente</p> <ul style="list-style-type: none">○ Identificação do paciente○ Local da cirurgia a ser feita○ Procedimento a ser realizado <p><u>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</u></p> <p><u>CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO</u></p> <p>Exames de Imagem disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO, qual? _____</p>	<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Houve mudanças no procedimento realizado? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____</p> <p>_____</p> <p>A contagem das compressas, instrumentos e agulhas está correta? <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>As peças cirurgias estão identificadas e com nome do paciente? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____ _____ _____</p>
Anestesiologia	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura
_____ Hora	_____ Hora	_____ Hora

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

Nome do Paciente:							
Prontoário nº		Data da Operação:		Sala nº		Enfermaria:	Leito:
Hora de Entrada na S.O:		Hora do Início da Cirurgia:		Hora Término da Cirurgia:		Hora da Saída:	
Cirurgião:							
Auxiliar:				Cirurgia:			
Anestesista:							
Tipo de Anestesia:				Início da Anestesia:		Término da Anestesia:	
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA							
Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13 X 4,5		Surgicel		SOLUÇÕES		ANTIBIÓTICOS
	Agulha 25 X 7		Tela eprolene		Álcool a 70%		Ampicilina
	Agulha 30 x 7		Faixa smach nº		Álcool a 90%		Cefalotina
	Agulha 30 x 8		Compressa de Gazes		PVPI Tópico		Cefazolina
	Agulha 40 x 12		Gaze Vaselinada		PVPI Degermante		
	Agulha de Raque Nº		Algodão Ortopédico		Vaselina Líquida		
	Seringa 1ml		Atadura crepon nº		Formol		
	Seringa 5ml		Esparadrapo Micropore		Clorexidine		SOROS
	Seringa 10ml		Esparadrapo Comum				Fisiológico 250 ml
	Seringa 20ml				ANESTÉSICOS		Fisiológico 500 ml
	Seringa 50ml				Xylocaína Gel		Glicosado 5% 250 ml
	Cateter Jelco nº 14		Mononylon nº 0		Xylocaína Spray		Glicosado 5% 500 ml
	Cateter Jelco nº 16		Mononylon nº 1,0		Xylocaína 2% S/V		Ringer Lactato 500 ml
	Cateter Jelco nº 18		Mononylon nº 2,0		Neocaína Pesada		Manitol
	Cateter Jelco nº 22		Mononylon nº 3,0		Neocaína 0,5% S/V		
	Cateter Jelco nº 24		Mononylon nº 4,0		Neocaína 0,5% C/V		PSICOTRÓPICOS
	Cateter Peridural		Mononylon nº 5,0				Midazolam 15mg
	Scalp nº 19		Mononylon nº 6,0		MEDICAMENTOS		Midazolam 50 mg
	Scalp nº 21		Polycot nº 1,0		Adrenalina		Domotidolossal
	Scalp nº 23		Polycot nº 2,0		Aminofilina		Fentanil frasco
	Scalp nº 25		Polycot nº 3,0		Atropina		Fentanil ampola
	Scalp nº 27		Polycot nº 4,0		Água Destilada		Propofol
	Equipo Inj. Lateral		Polycot nº 5,0		Buscopan		Halotano
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº 6,0		Cedilanide		Enflurano
	Equipo polifix 4 vias		Vicryl nº 1,0		Cortizonol 100mg		Isofurano
	Equipo Macrogotas		Vicryl nº 2,0		Cartozonol 500mg		Sevofurano 100mg
	Equipo Microgotas		Vicryl nº 3,0		Kcl		Sefurano 250 mg
	Equipo de Sangue		Vicryl nº 4,0		NaCl 10%		Thiopental 1g
	Dreno Penrose nº		Vicryl nº 5,0		NaCl 20%		Thiopental
	Dreno de Sucção nº		Vicryl nº 6,0		Decadron		Narcan
	Dreno tórax kit nº		Catgut simples nº 1,0		Dipirona		
	Urofix Sist. Aberto		Catgut simples nº 2,0		Dobutamina		TAXA EQUIPAMENTO
	Urofix Sist. Fechado		Catgut simples nº 3,0		Efortil		Bisturi elétrico
	Eletrodos		Catgut simples nº 4,0		Efedrina		Aspirador
	Lâmina de Bisturi nº		Catgut simples nº 5,0		Furosemida		Ar comprimido
	Lâmina de Gilete		Catgut simples nº 6,0		Fenergan		Microspópio
	Luva Estérel nº 7,0				Glicose 25%		RX em Sala
	Luva Estérel nº 7,5		FIOS SUTUPAK		Glicose 50 %		Monitor Cardíaco
	Luva Estérel nº 8,0				Gentamicina		Oxímetro de Pulso
	Luva Estérel nº 8,5				Glucanato de Cálcio		Carro de Anestesia
	Luva de Procedimento				Heparina		Oxigênio (h)
	Sonda de Foley				Nipride		
	Tubo Orotraqueal				Prostigimine		
	Cânula Traqueostomia		Cera de osso		Metoclopramida		
	Sonda Aspiração nº				Queficin		
	Sonda Gástrica nº				Sulfato de Magnésio		
					Solumedro		
					Diclofenaco		

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA

--

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

ENTRADA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA ____ PULSO ____ SPO2 ____

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O. _____ OBSTR.: _____
 _____ Co2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 VÔMITOS: _____ OUTROS: _____
 COM CÂNULA PARA: SIM NÃO - CONDIÇÕES GERAIS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

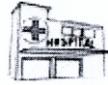
SAÍDA DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA ____ PULSO ____ SPO2 ____
 REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR.: _____
 _____ CO2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 DESTINO DO PACIENTE:
 CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRURGICA SEMI-INTENSIVA UTI DOMICÍLIO CARDIOLOGIA OUTRO HOSPITAL

COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)

ÓBITO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

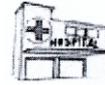
DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

MATERIAL CONSIGNADO



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

MATERIAL CONSIGNADO



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Material:

Material:

OBS.:

OBS.:

<u>FALTAM</u> <u>PARAFUSOS</u>	<u>QUANT</u>	<u>NÚME.</u>	<u>FALTAM</u> <u>PLACAS</u>	<u>QUANT.</u> <u>FUROS</u>
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			TUBULAR:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			ESTREITAS:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			LARGA:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			EM T:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			L-DIREITA	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			L-ESQUERD	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DHS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DCS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DESLIZANTE	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			ARRUELAS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				

<u>FALTAM</u> <u>PARAFUSOS</u>	<u>QUANT</u>	<u>NÚME.</u>	<u>FALTAM</u> <u>PLACAS</u>	<u>QUANT.</u> <u>FUROS</u>
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			TUBULAR:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			ESTREITAS:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			LARGA:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			EM T:	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			L-DIREITA	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			L-ESQUERD	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DHS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DCS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			DESLIZANTE	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>			ARRUELAS	
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				
ESPO. <input type="checkbox"/> CORT. <input type="checkbox"/>				

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

Data: ___/___/___

Validade: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA
CONFERIDO POR: _____

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

Data: ___/___/___

Validade: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA
CONFERIDO POR: _____

CAIXA 01 - Básica Médica



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Nº	MATERIAL	TAMANHO	QUANT
01	Afastador Farabeuf	G/P	03 pares
02	Cabo Bisturi	Nº 03 e Nº 04	02
03	Porta Agulha Mayo - Hegar	Variados	02
04	Pinça Allis	Variados	05
05	Pinça Foester	Variados	01
06	Pinça Kocher Curva e Reta	Variados	04
08	Pinça Dissecção Anatômica	25 cm	02
09	Pinça Dissecção c/ Dente de Rato	Variados	02
10	Pinça Backhaus	11cm	06
11	Pinça Kelly Curva	16cm	04
12	Pinça Kelly Reta	16cm	04
13	Pinça Halsted Mosquito Reto	12cm	04
14	Pinça Halsted Mosquito Curva	12cm	04
15	Pinça Collin Coração	16cm	01
16	Pinça Rochester Ochsner Curva	24cm	01
17	Pinça Babcock	20cm	01
18	Pinça Mixer	23cm	01
19	Pinça Cheron	25cm	01
20	Pinça Faure Curva	20cm	02
21	Pinça Museux Reta	24cm	01
22	Pinça Pozzi	25cm	01
23	Tesoura Mayo Stelle / Metzenbaum	Variados	03
24	Tentacânula	16cm	01

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____

CAIXA 01 - Básica Médica



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Nº	MATERIAL	TAMANHO	QUANT
01	Afastador Farabeuf	G/P	03 pares
02	Cabo Bisturi	Nº 03 e Nº 04	02
03	Porta Agulha Mayo - Hegar	Variados	02
04	Pinça Allis	Variados	05
05	Pinça Foester	Variados	01
06	Pinça Kocher Curva e Reta	Variados	04
08	Pinça Dissecção Anatômica	25 cm	02
09	Pinça Dissecção c/ Dente de Rato	Variados	02
10	Pinça Backhaus	11cm	06
11	Pinça Kelly Curva	16cm	04
12	Pinça Kelly Reta	16cm	04
13	Pinça Halsted Mosquito Reto	12cm	04
14	Pinça Halsted Mosquito Curva	12cm	04
15	Pinça Collin Coração	16cm	01
16	Pinça Rochester Ochsner Curva	24cm	01
17	Pinça Babcock	20cm	01
18	Pinça Mixer	23cm	01
19	Pinça Cheron	25cm	01
20	Pinça Faure Curva	20cm	02
21	Pinça Museux Reta	24cm	01
22	Pinça Pozzi	25cm	01
23	Tesoura Mayo Stelle / Metzenbaum	Variados	03
24	Tentacânula	16cm	01

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____



PACIENTE: _____ REGISTRO: _____ DATA: ____/____/____

PROCEDÊNCIA: _____ LEITO: _____ HORA: _____

MÉDICO (A) : _____ IDADE: _____ PESO: _____

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ALEGRIA: () SIM NÃO() - CIRURGIAS ANTERIORES: () SIM NÃO() - HIPERTENSO: () SIM NÃO()

DIABETES: () SIM NÃO() - DISLIPIDEMIAS: () SIM NÃO() - TABAGISMO: () SIM NÃO()

MEDICAÇÕES EM USO : () SIM NÃO () - QUAIS? _____

ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): () SIM NÃO() QUAL? _____

PREPARO

HORÁRIO

HORÁRIO

JEJUM RETIRADA DE ESMALTES / ÓCULOS / OUTROS

TRICOTOMIA ANTIBIÓTICA PROFILAXIA

PREPARO DA PELE MEDICAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICA

LAVAGEM INTESTINAL AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

RETIRADA DE PRÓTESES DENTÁRIA/LENTE AVALIAÇÃO CLÍNICA-MÉDICA

EXAMES

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: () SIM NÃO()

RX: () SIM NÃO()

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA: () SIM NÃO()

EXAMES LABORATORIAIS: () SIM NÃO()

TOMOGRÁFIA: () SIM NÃO()

QUAIS? _____

RESSONÂNCIA: () SIM NÃO()

OUTROS / QUAIS? _____

ESTADO NEUROLÓGICO

ORIENTADO () - DESORIENTADO () - CONSCIENTE () - INCONSCIENTE () - AGITADO () - CONFUSO ()

PELE E ANEXOS

COM ALTERAÇÕES() EDEMA () ICTÉRICIA () HEMATOMA () CIANOSE () ENFÍSEMA () PALIDEZ ()

PA (mmHg): _____ FC (bpm) : _____ R (incrm) : _____ Tax (°C) : _____

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ENFERMAGEM

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ENCAMINHADO PARA S.O / HORA: _____ : _____ h

TRANS-OPERATÓRIO

Sala: _____ Início: _____ Término: _____ Membro/Lado a ser operado: Direito () Esquerdo ()

Cirurgia Proposta: _____

Cirurgião: _____ 1º Aux.: _____ 2º Aux.: _____

Anestesista: _____

Pediatria: _____ RN: Fem. () Masc. () - Horário Nasc.: _____

Instrumentador: _____ Circulante: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MEDICAÇÕES	HORÁRIO	SINAIS VITAIS	INÍCIO	TRANS.	TÉRMINO
		SpO2			
		Pulso			
		FC			
		PNI			
		TEMPERATURA			
		PVC			
		PAI			

ANESTESIA

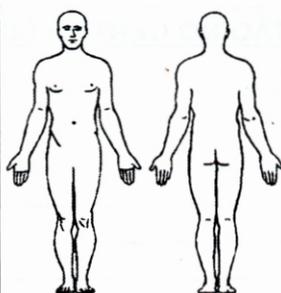
Sedação () Local () Raque () Bloq. Plexo () Peridural () Peridural Continua ()
 Geral Venosa () Geral Inalatória () Geral Combinada () Bloq. Bier ()

EQUIPAMENTOS USADOS

Rx () Scopia () Vídeo () Citoscópio () Litotritor () Bota Pneumática ()
 U.S () Colchão Pneumático () Bomba de Infusão () Microscópio () Out. ()
 Garrote Pneumático / Faixa de Smarch () Lig.: _____ Des.: _____
 TIPO DE BISTURÍ: Monopolar () Bipolar () Argônico ()
 PEÇA CIRÚRGICA: Histopatológico () Cultura () Congelação () Out. () _____
 DESTINO: Patologista (laboratório) () Familiares () Serviço Externo () _____
 INFUSÃO DE HEMODERIVADOS: Concentrado de Hemácias () Plasma () Plaquetas () Crio ()

POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

- | | |
|------------------|--------------|
| () DDH | () DLD |
| () DD ELEVADO | () DLE |
| () DVH | () Ginecolo |
| () Outras _____ | |



LEGENDA

- Placa de Bisturi
- Monitorização Cardíaca
- Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/Smarch
- Sonda Vesical
- Venóclise
- Tubos e Drenos

QUANTIDADES DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS

Compressas Grandes Abertas: _____	Compressas Grandes Conferidas: _____
Compressas Pequenas Abertas: _____	Compressas Pequenas Conferidas: _____
Agulhas Abertas: _____	Agulhas Conferidas: _____

TABELA PARA ESCALA DE ALDRET

ATIVIDADE	0	INCAPAZ DE MOVER
	1	MOVE 2 MEMBROS
	2	MOVE 4 MEMBROS
RESPIRAÇÃO	0	APNÉIA
	1	DISPNÉIA, HIPOVENTILAÇÃO
	2	REP. PROFUNDA, TOSSE
CONSCIÊNCIA	0	NÃO RESPONDE
	1	DESPERTOU AO CHAMAR
	2	COMPLETAMENTE ACORDADO
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA= OU < QUE 50% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	1	PA< EM 20 OU 49% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	2	PA NORMAL OU ATÉ 20% QUE O PRÉ-ANESTÉSICO
SATURAÇÃO (SpO2)	0	SpO2 < 90% MESMO COM O2 SUPLETAR
	1	NECESSIDADE DE O2 P/ MANTER SpO2 90%
	2	SpO2 < 90% RESP. EM AR AMBIENTE

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK					CONTROLE DE PERDAS			
HORA	0°	30°	60°	90°	HORA	0°	30°	60°
ATIVIDADE					SNG			
RESPIRAÇÃO					SVD			
CONSCIÊNCIA					DRENOS			
CIRCULAÇÃO					IRRIG.C			
SATURAÇÃO					TOTAL			
TOTAL								

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ENCAMINHADO COM:

VENÓCLISE () _____ SVD () SNG () SNE () SONDA DE GASTRONOMIA ()
 DRENO () TIPO: _____ IRRIGAÇÃO CONTINUA () BOLSA DE COLOSTOMIA ()
 CURATIVO () _____ IMOBILIZADOR MMII () CATETER PERIDUAL ()
 MÁSCARA DE O2 () CATETER DE O2 () VENTILAÇÃO MECÂNICA ()
 DESTINO: APARTAMENTO () _____ UCI () LEITO: _____ DOMICÍLIO () HORA: _____



**Evolução de
Enfermagem UTI**

DATA: __/__/__

DIH: ____



Identificação do paciente: _____ Registro: _____

1. Regulação neurológica:

Orientando Confuso Alerta Sonolento Agitado Calmo Torposo Comatoso Sedado Outros

Escala de coma de Glasgow: _____ (Total)

Abertura ocular
4. Espontânea
3. Ao comando Verbal
2. À dor
1. Ausente

Resposta motora
6. Obedece ao comando
5. localiza dor
4. Flexão inespecífica
3. Flexão hipertônica
2. Extensão hipertônica
1. Sem resposta

Resposta verbal
5. Orientado
4. Desorientado e conversando
3. Palavras inapropriadas
2. Sons incompreensíveis
1. Sem resposta

Escala de Richmond de Agitação-sedação-RASS:

(+4) agressivo (violento, perigoso)	(-2) sedação leve (desperta ao chamado por mais 10sg)
(+3) muito agitado (remoção de tubos ou cateteres)	(-3) sedação moderada (movimento ou abertura ocular ao chamado, mas sem contato visual)
(+2) agitado (movimentos sem coordenação frequentes)	(-4) sedação profunda (movimenta ou abertura ocular sem estímulo físico)
(+1) inquieto (ansioso, mas sem movimentos agressivos)	(-5) incapaz de ser despertado (não responde ao chamado ou estímulo físico)
(0) Alerto, calmo	
(-1) sonolento (desperta ao chamado por menos de 10sg)	

Sedação: () não () sim, qual: () fentanil () midazolam () propofol () outro _____

3. Sono e repouso:

Preservado Inadequado _____

4. Regulação térmica:

Afebril _____ °C Subfebril _____ °C Febril _____ °C Hipotérmico _____ °C

5. Coloração e hidratação da pele e das mucosas:

Anictérico Ictérico _____ +/-4 Acianótico Cianótico _____ +/-4
 Corado Hipocorado _____ +/-4 Hidratado Desidratado _____ +/-4

6. Cuidados corporal:

Higienização corporal: Adequada Inadequada: _____
Higienização bucal: Adequada Inadequada: _____

7. COONG (cabeça, olhos, nariz, garganta) e região cervical:

PIC: _____ mmHg PPC: _____ mmHg
 DVE: Dreno: Tipo: _____
Pupilas Isocóricas Anisocóricas Miose Midríase Discóricas Diâmetro: _____ cm
Fotorreatividade pupilar Presente Ausente Lagofalmia Nistagmo Ptose palpebral Edema Palpebral _____
 Otorragia Otorreia Aparelho auditivo
 Desvio de septo _____ Epistaxe BAN SNE(SOE) SNG(SOG) Cânula nasal
 TOT TQT cânula Guedel Combitude Máscara Laringea Prótese dentária
 Outro _____

8. Nutrição:

Tipo: _____ Aceitação: Adequada Inadequada _____
Via: VO Enteral Parenteral Fluxo: _____ ml/h Restrição hídrica: _____
Estase: Ausente Presente: Volume _____ Suspensa: motivo: _____ ml/dia

9. Tórax

Simétrico Assimétrico Tonel Peito de pombo Peito escavado Cifoesciose Outros: _____

10. Oxigenação:

Frequência respiratória: _____ irpm SatO₂ _____ % ETCO₂ _____ %
 Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico Padrão Cheyne-Stokes Padrão Kussmaul Padrão Biot
 MVF s\RA MV diminuindo à direita MV diminuindo à esquerda
 Roncos _____ Sibilos _____ Crepitações _____ Atrito pleural _____
 Ar ambiente
 Dispositivos de assistência: Cateter nasal _____ l/min Macronebulização _____ l/min Micronebulização _____ / _____ h
 Máscara de Venturi - Concentração _____ % Máscara com reservatório VNI Puft: _____ / _____ h
 Vm: Tipo: _____ VC _____ VM _____ PEEP: _____ PS: _____ FiO₂: _____
Descrição da sereção traqueal: _____

11. Regulação vascular:

Frequência Cardíaca: _____ bpm PAM _____ mmHg PA _____ mmHg PIA _____ mmHg PPC _____ mmHg

Normocárdico Bradicárdio Taquicárdio

Normotenso Hipotenso Hipertenso

Pulso: Cheio Filiforme Rítmico Arrítmico

Ausculta: BNRNF B3+ B4+ Desdobramento de segunda bulha

Sopros: Tipo: _____ grau _____/+4

Arritmias: FA TPSV TV FV BAV _____ grau Outros: _____

Marca-passo: _____

12. Regulação abdominal:

Normotenso Tenso Globoso Distendido Ascítico Outros: _____

Ruidos hidroaéreos: Presentes Diminuídos Hiperativos Ausentes

Timpanismo: Presentes Diminuídos Ausentes

Abaulamentos/visceromegalias: Ausentes Presentes: Local(is) _____

Gastrostomia jejunostomia Ileostomia

13. Genitalia:

Integridade preservada Integridade comprometida Cite: _____

14. Eliminação urinária:

Espontânea Estimulada: Volume: _____ Medicamento: _____

Coletor Fralda SVD SVA _____/____h Cistostomia Nefrostomia Ureterostomia

Quantidade: _____ Aspecto: Fisológico Concentrado Hematúria Colúria Piúria Outros _____

Balanco hidrico: 18: _____ 06: _____ total 24hrs: _____

15. Eliminação intestinal:

Presente Aspecto: Consistente Pastosa Líquido-pastosa Líquida Outros: _____

Ausente Quantos dias? _____ Conduta _____

Colostomia Aspecto _____

16. MMSS E MMI:

Paresia _____ Plegia _____ Paraplegia Tetraplegia Parestesia Fistula arteriovenosa (FAV): local _____

Edema Ausente Presente: Local _____

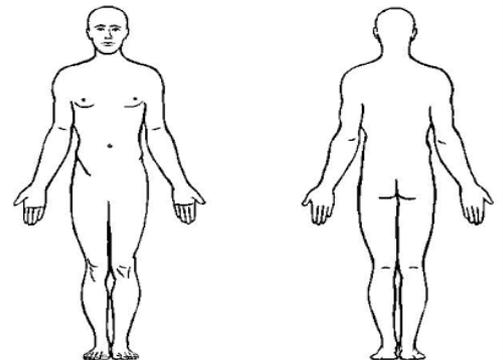
Perfusão capilar Adequada (até 3 s) Diminuída: Local _____

Cianose periférica Ausente Presente: Local _____

17. Integridade física (cutaneomucosa)

Preservada Comprometida:

Local(is) da(s) lesão(ões)/Características da(s) lesão(ões)/Curativo(s): _____

24. Ocorrências durante o plantão

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	Decorticação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW				TOTAL =	
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: Piagia _____ 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/Aspécto: _____
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 Timpânico RHA Presente Doloroso
 Vômitos _____/dia Hematêmese Gastrostomia Jejunostomia Colostomia
 SOG SNG SNE Drenos _____
Obs.: _____
Hábito Instestinal: 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: _____

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	

CX. CURATIVO SIMPLES

01	PINÇA KELLY OU HALSTED-MOSQUITO	02
02	PINÇA DISSECÇÃO C/ OU SEM DENTE	01
03	GASES EM QUANTIDADE	**
OBS	SOMENTE EM 1 PAPEL GRAU	**

9*

CAIXA DE GRANDES OSSOS CME/ HRLV

01	Pinça Cheron	01
02	Afastador Adson 23 cm articulado	01
03	Afastador Bennet 26 cm	02
04	Afastador Blount duas garras ponta dupla	02
05	Afastador Farabeuf (pequeno/médio/grande)	01 par de cada
06	Afastador Israel 23 cm	02
07	Afastador Sofield- jogo de 6 peças	01 Jogo
08	Cabo de Bisturi n°3	01
09	Cabo de Bisturi n°4	01
10	Dissector Langenbeck	01
11	Fórmão (osteótomo) 4 tamanhos	01 de cada
12	Martelo Neulfield delicado 200g, 300g.	01 de cada
13	Pinça de Dissecção Adson com dente 12 cm	02
14	Pinça Allis 23 cm	05
15	Pinça de Dissecção com dente e com serrilha	01 cada
16	Pinça Backaus 15 cm	10
17	Pinça Crille reta 16 cm	04
18	Pinça Crille curva 16 cm	04
19	Pinça faure curva 20 cm	02
20	Pinça Foerster serrilha reta 25 cm	01
21	Pinça Rochester Ochsner curva 24 cm	02
22	Pinça óssea Lambotte 22 cm	01
23	Pinça óssea Lowmann 14 cm	01
24	Aspirador Yankauer	01
25	Porta Agulha Mayo Hegar com serrilha 18 cm	02
26	Sacabocado 22 cm	01
27	Tesoura Mayo reta 19 cm	01
28	Tesoura Metzemaum curva 30 cm	01
29	Pinça de Redução de Lewin	01
30	Pinça Verbrugge 27 cm	01
31	Afastador de Langenbeck	01
32	Pinça Kocher curva e reta (variadas)	02
33	Pinça Colin Coração	01
34	Pinça Mixer	01
35	Pinça Pozzi	01
36	Pinça Museux reta	01

Conferido por: _____ Data: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

LAP CIRÚRGICO

01	AVENTAL
01	CAMPO MÉDIO
02	AVENTAIS
02	TRAVESSA INSTRUMENTAL
02	CAMPOS MÉDIOS

Preparado por: _____

Data: _____ **Turno:** _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

01	DISSECÇÃO ANATOMICA	01	
02	DISSECÇÃO C/ DENTE	01	
03	PORTA- AGULHA	01	
04	TESOURA CURVA	01	
05	CABO DE BISTURI Nº 3 ou 4	01 CADA	
06	PINÇA KELLY CURVA	02	
07	PINÇA KELLY RETA	02	
08	PINÇA PARA ASSEPSIA	01	
09	CAMPO FENESTRADO P	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____/VAL.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

01	DISSECÇÃO ANATOMICA	01	
02	DISSECÇÃO C/ DENTE	01	
03	PORTA- AGULHA	01	
04	TESOURA CURVA	01	
05	CABO DE BISTURI Nº 3 ou 4	01 CADA	
06	PINÇA KELLY CURVA	02	
07	PINÇA KELLY RETA	02	
08	PINÇA PARA ASSEPSIA	01	
09	CAMPO FENESTRADO P	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____/VAL.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

01	DISSECÇÃO ANATOMICA	01	
02	DISSECÇÃO C/ DENTE	01	
03	PORTA- AGULHA	01	
04	TESOURA CURVA	01	
05	CABO DE BISTURI Nº 3 ou 4	01 CADA	
06	PINÇA KELLY CURVA	02	
07	PINÇA KELLY RETA	02	
08	PINÇA PARA ASSEPSIA	01	
09	CAMPO FENESTRADO P	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____/VAL.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

01	DISSECÇÃO ANATOMICA	01	
02	DISSECÇÃO C/ DENTE	01	
03	PORTA- AGULHA	01	
04	TESOURA CURVA	01	
05	CABO DE BISTURI Nº 3 ou 4	01 CADA	
06	PINÇA KELLY CURVA	02	
07	PINÇA KELLY RETA	02	
08	PINÇA PARA ASSEPSIA	01	
09	CAMPO FENESTRADO P	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____/VAL.: _____

CONSUMO MATERIAL CURATIVO

Nome paciente:			
Prontuário nº:		Data da operação:	
Cirurgia:		Tipo de anestesia:	
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA DE CURATIVO			
Quantidade	Material	Quantidade	Material
			Fios e agulhas
	Micropória		Polycot nº 2,0
	Esparadrapo		Polycot nº 3,0
	Gases		Polycot nº 4,0
	Clorexidina Degermante 2%		Polycot nº 5,0
	Praca Algimato		Polycot nº 6,0
	Água destilada		Vicryl nº 1,0
	Água para injeção 500 ml		Vicryl nº 2,0
	Soro fisiológico 9% 100 ml		Vicryl nº 3,0
	Soro fisiológico 9% 250 ml		Vicryl nº 4,0
	Soro fisiológico 9% 500 ml		Vicryl nº 5,0
	Adrenalina		Vicryl nº 6,0
	Atadura 10 cm		Cat gut simples nº 1,0
	Atadura 20 cm		Cat gut simples nº 2,0
	Atadura 30 cm		Cat gut simples nº 3,0
	Luva de procedimento (Par)		Cat gut simples nº 4,0
	Luva estéril nº 7,0		Cat gut simples nº 5,0
	Luva estéril nº 7,5		Cat gut simples nº 6,0
	Luva estéril nº 8,0		
	Luva estéril nº 8,5		
	Lâmina de bisturi nº _____		
	Agulha 13x4,5		
	Agulha 25x7		
	Agulha 30x7		
	Agulha 30x8		
	Agulha 40x12		
	Agulha de raque nº _____		
	Seringa 1 ml		
	Seringa 3 ml		
	Seringa 5 ml		
	Seringa 10 ml		
	Seringa 20 ml		
	Seringa 50 ml		
	Álcool 70%		
	Álcool 90%		
	PVPI Tópico		
	PVPI Degermante		
	Mononylon nº 0		
	Mononylon nº 1,0		
	Mononylon nº 2,0		
	Mononylon nº 3,0		
	Mononylon nº 4,0		
	Mononylon nº 5,0		
	Mononylon nº 6,0		

Técnico responsável



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

Atesta para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

Atesta para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



CARTÃO ALIMENTAÇÃO

CAFÉ

LEITO 01

Nome Paciente:	
Prontuário nº:	Data da Operação:
Cirurgia:	Tipo de Anestesia:
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA DE GESSO	
Quant.	MATERIAL
	ATADURA
	Atadura Gessada de 20 cm
	Atadura Gessada de 15 cm
	Atadura Gessada de 10 cm
	Atadura Gessada de 8 cm
	Atadura Crepom de 25 cm
	Atadura Crepom de 20 cm
	Atadura Crepom de 15 cm
	Atadura Crepom de 10 cm
	Atadura Crepom de 8 cm
	Salto para bota gessada
	ALGODÃO ORTOPÉDICO
	Algodão Ortopédico de 20 cm
	Algodão Ortopédico de 15 cm
	Algodão Ortopédico de 10 cm
	MALHA TUBULAR
	Malha Tubular de 20 cm
	Malha Tubular de 15 cm
	Malha Tubular de 10 cm
	SOROS
	Fisiológico 100ml
	Fisiológico 250ml
	Fisiológico 500ml
	Água Destilada
	Lâmina de Bisturi de 24
	Esparadrapo 10 cm
	Luva Estéril nº 7.0
	Luva Estéril nº 7.5
	Luva Estéril nº 8.0
	Luva Estéril nº 8.5
	Micropore
Observação	<hr/> Técnico Responsável



HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS - BACABAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário o: _____	CNS: _____	Data de Nasci mento: _____	Sexo: _____	Registro: _____ Data: _____ Hora: _____
Nome: _____	Estado Ci vil: _____	Cor: _____		
Idade: _____	Mãe: _____	Pai : _____		
Endereço: _____	Núm: _____	Bai rro: _____		
Ci dade: _____	UF: _____	Fone: _____	Celular: _____	

Médi co: _____ Especi ali dade: CLINICA MEDICA Clíni ca: MEDICA
Procedi mento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
SIA/SUS: 0301060061 Modali dade: HOSPITALAR Carater: URGENCIA
Assinatura do Paciente _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho Amarelo Verde Azul

Quei xas: _____

Pressão Arteri al:	Pulso:	Temperatura:	Freq. Respi rat.:	Peso:	Altura:	SAT O2:	HGT:
<input type="text"/>							

Aleri as: _____ Hora: _____
Medi cação em Uso: _____
Doenças pré-exi stentes: HAS DM IRC Outras: _____
Carimbo e Assinatura do Profissional _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hi pótese Di agnósti ca: _____

Prescri ção: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

Sáida do Paci ente:

Deci são Profi ssi onal A Reveli a A Pedi do

Internação _____

Removi do _____

óbi to Data: _____ Hora: _____

Para óbi to:

Antes de 24h

Desti no do Corpo:

Famíli a IML Anatómi a Patológi ca

Data: _____ Hora: _____



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

10.1 - ETNIA

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 OU VIOLÊNCIAS)

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 TRAJECTO

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)

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES		N°
PACIENTE:		LEITO:
MEDICAMENTO		
Forma farmacêutica/ concentração/ posologia/ quantidade		
Data: - ____/____/____		
	Entregue por: _____ Recebido por: _____ Data: ____/____/____	
Assinatura e carimbo de médico	Exclusivo da Farmácia	

Educação de Enfermagem

faltou verso
de alguns

11. Regulação vascular:

Frequência Cardíaca: _____ bpm PAM _____ mmHg PA _____ mmHg PIA _____ mmHg PPC _____
 Normocárdico Bradicárdio Taicárdio
 Normotenso Hipotenso Hipertenso
Pulso: Cheio Filiforme Rítmico Arrítmico
Ausculta: BMRNF B3+ B4+ Desdobramento de segunda bulha
 Sopros: Tipo: _____ grau _____ /+4
Arritmias: FA TPSV TV FV BAV _____ grau Outros: _____
 Marca-passo: _____

12. Regulação abdominal:

Flácido Tenso Globoso Distendido Ascítico Outros: _____
Ruídos hidroaéreos: Presentes Diminuídos Hiperativos Ausentes
Timpanismo: Presentes Diminuídos Ausentes
Abaulamentos/visceromegalias: Ausentes Presentes: Local(is) _____
Gastrostomia Jejunostomia Ileostomia

13. Genitalia:

Integridade preservada Integridade comprometida Cita: _____

14. Eliminação urinária:

Espontânea Estimulada: Volume: _____ Medicamentos: _____
 Coletor Fralda SVD SVA _____ / _____ h Cistostomia Nefrostomia Ureterostomia
Quantidade: _____ Aspecto: Fisiológico Concentrado Hematúria Colúria Piúria Outros _____
Balanço hídrico: 18: _____ 06: _____ total 24 hrs: _____

15. Eliminação Intestinal:

Presente Ausente Colostomia Aspecto: Consistente Pastosa Líquido-pastosa Líquida Outros: _____
Quantos dias? _____ Conduta _____

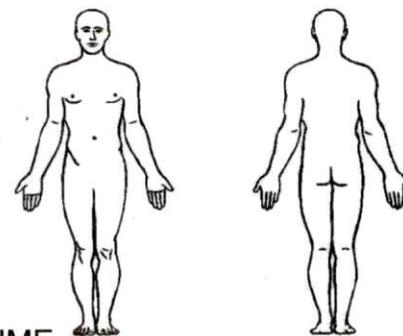
16. MMSS E MMI:

Paresia _____ Plegia _____ Paraplegia Tetraplegia Parestesia Fistula arteriovenosa (FAV): local _____
Edma Ausente Presente: Local _____
Perfusão capilar Adequada (até 3 s) Diminuída: Local _____
Cianose periférica Ausente Presente: Local _____

17. Integridade física (cutaneomucosa)

Preservada Comprometida:
Local(is) da(s) lesão(ões)/Características da(s) lesão(ões)/Curativo(s): _____

24. Ocorrências durante o plantão



TIME

T: _____
I: _____
M: _____
E: _____
R: _____
S: _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



CICLO DE AUTOCLAVE

DATA	CICLO	MATERIAIS PRINCIPAIS	HORA DE ENTRADA	HORA DE SAÍDA	RESPONSÁVEL



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR



PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO/CONFIRMAÇÃO DE TROCA DE DISPOSITIVOS

ALA A DATA: ____ / ____ / ____

ALA B DATA: ____ / ____ / ____

LEITO	AVP	CVC	SNE	SVD	TQT	OUTRO	OBS
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
TOTAL							

LEITO	AVP	CVC	SNE	SVD	TQT	OUTRO	OBS
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
TOTAL							

ENF. RESP. ALA A

RESPONSÁVEIS PELA SUPERVISÃO CCIH

ENF. RESP. ALA B



HOSPITAL DRª LAURA VASCONCELOS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR(CCIH)



HOSPITAL REGIONAL LAURA VASCONCELOS
SCIH – SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO (ETIQUETA)

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

NOME DO PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____
SEXO: MASCULINO FEMININO IDADE: _____ PESO: _____ kg

INDICAÇÃO: PROFILAXIA* TERAPIA (TRATAMENTO)
SE PROFILAXIA CIRÚRGICA, INDIQUE A CLÍNICA E O PROCEDIMENTO*: ORTOPEDIA GASTRO-INTESTINAL TORÁCICA NEUROLÓGICA

CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

LIMPA POTENCIALMENTE CONTAMINADA CONTAMINADA INFECTADA (INDICAR TERAPIA)

ANTIMICROBIANO SOLICITADO (assinale a opção ou descreva ao lado): _____

<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> Amoxicilina-Clavulanato	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina-Sulbactam	<input type="checkbox"/> Azitromicina
<input type="checkbox"/> Benzilpenicilina Benzatina	<input type="checkbox"/> Cefalexina	<input type="checkbox"/> Cefalotina	<input type="checkbox"/> Cefazolina	<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Ceftazidima
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina	<input type="checkbox"/> Claritromicina	<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Gentamicina
<input type="checkbox"/> Imipenem	<input type="checkbox"/> Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol	<input type="checkbox"/> Norfloxacina	<input type="checkbox"/> Oxacilina
<input type="checkbox"/> Piperacilina-Tazobactam	<input type="checkbox"/> Polimixina B	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol-Trimetoprima	<input type="checkbox"/> Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Vancomicina	

✓ **POSOLOGIA:** _____ MG / DOSE **ADMINISTRAÇÃO:** EV IM VO **DURAÇÃO DO TRATAMENTO:** _____ DIAS

INTERVALO	<input type="checkbox"/> 4 / 4 H	<input type="checkbox"/> 6 / 6 H	<input type="checkbox"/> 8 / 8 H	<input type="checkbox"/> 12/12 H	<input type="checkbox"/> 24/24 H	<input type="checkbox"/> APÓS HD	<input type="checkbox"/>
------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------

✓ **JUSTIFICATIVA PARA USO TERAPÊUTICO (RAZÃO PARA SE INDICAR O USO DO ANTIMICROBIANO):**

<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO EM OSSO OU ARTICULAÇÃO	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO SNC	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO SISTEMA CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO SISTEMA REPRODUTIVO
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR (NÃO PNEUMONIA)	<input type="checkbox"/> PNEUMONIA	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DE PELE E PARTES MOLES

FATORES DE RISCO:

SIDA DM DOENÇA ONCOLÓGICA EM QT OU RXT DOENÇA AUTOIMUNE EM USO DE IMUNOSUPRESSOR
 ASMA EM USO CRÔNICO DE CORTICÓIDE PACIENTE ACAMADO RESTRITO
 INTERNAÇÃO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 3 MESES USO DE ANTIMICROBIANOS NOS ÚLTIMOS 3 MESES

➤ DISPOSITIVOS INVASIVOS (NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO E ATÉ 48 H ANTES):

CVP CVC cPICC cPAMi DRENO TORÁCICO DRENO ABDOMINAL DRENO INTRACRANIANO
 cDVE SVD GTT TQT SNE / SOE SNG / SOG VM / CPAP / BIPAP

*Legenda: CVP- Catéter venoso periférico; CVC- Catéter venoso central; cPICC- Catéter central de inserção periférica; DVE- Derivação ventricular externa; SVD- Sonda vesical de demora; GTT- Gastrostomia; TQT- Traqueostomia; SNE/SOE- Sonda nasoenteral/oroenteral; VM/CPAP/BIPAP- Ventilação mecânica/ pressão positiva contínua nas vias aéreas / pressão positiva em vias aéreas a dois níveis.

FUNÇÃO RENAL: NORMAL ALTERADA (INSUFICIÊNCIA RENAL Cr: _____ mg/dl) DESCONHECIDA
FUNÇÃO HEPÁTICA: NORMAL ALTERADA (INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA) DESCONHECIDA

CULTURA SOLICITADA: SIM (___/___/___) NÃO DESCONHECIDO

MATERIAL COLETADO PARA CULTURA E / OU BACTERIOSCOPIA:

<input type="checkbox"/> SANGUE (HEMOCULTURA)	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> SEC. DE FERIDA CIRÚRGICA
<input type="checkbox"/> SECREÇÃO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> ESCARRO	<input type="checkbox"/> SECREÇÃO / TECIDO PARTES MOLES
<input type="checkbox"/> LÍQUOR (LCR)	<input type="checkbox"/> FEZES	<input type="checkbox"/>

RESULTADO DA CULTURA: POSITIVO NEGATIVA EM ANDAMENTO

AGENTE ISOLADO (BACTÉRIA, FUNGO, PROTOZOÁRIO, ETC): _____

PERFIL DE RESISTÊNCIA BACTERIANA AOS ANTIMICROBIANOS (ASSINALE AS DROGAS SENSÍVEIS PELO ANTIBIOGRAMA)

<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> Amoxicilina-Clavulanato	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina-Sulbactam	<input type="checkbox"/> Azitromicina
<input type="checkbox"/> Benzilpenicilina Benzatina	<input type="checkbox"/> Cefalexina	<input type="checkbox"/> Cefalotina	<input type="checkbox"/> Cefadroxila	<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Ceftazidima
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina	<input type="checkbox"/> Claritromicina	<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Gentamicina
<input type="checkbox"/> Imipenem	<input type="checkbox"/> Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol	<input type="checkbox"/> Norfloxacina	<input type="checkbox"/> Oxacilina
<input type="checkbox"/> Piperacilina-Tazobactam	<input type="checkbox"/> Polimixina B	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol-Trimetroprima	<input type="checkbox"/> Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Vancomicina	

ANTIMICROBIANOS JÁ UTILIZADOS NESTA INTERNAÇÃO: _____

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ Nº DOSES)

BACABAL/MA, ___/___/___.

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

PARECER DA FARMÁCIA HOSPITALAR

DEFERIDO INDEFERIDO _____

BACABAL/MA, ___/___/___.

FARMACÊUTICO (ASSINATURA E CARIMBO)

PARECER DA CCIH

DEFERIDO INDEFERIDO _____

BACABAL/MA, ___/___/___.

INFECTOLOGISTA (ASSINATURA E CARIMBO)

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



HORA INÍCIO: _____ DATA _____

HORA TÉRMINO: ____/____/____



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: Pulseira com identificação no acidente com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Consentimento informado assinado pelo paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual o local da cirurgia? _____ Qual o procedimento a ser realizado? _____ Qual lado? _____ Sítio cirúrgico foi marcado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO Há risco de via aérea difícil / bronco aspiração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA Há risco de perda sanguínea > 500ml (7 ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA: <input type="checkbox"/> antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO	CONFIRMAÇÃO A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções. Peça ao cirurgião que confirme verbalmente <ul style="list-style-type: none">o Identificação do pacienteo Local da cirurgia a ser feitao Procedimento a ser realizado EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <u>CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO</u> Exames de Imagem disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO, qual? _____	REGISTRO A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: Houve mudanças no procedimento realizado? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____ A contagem das compressas, instrumentos e agulhas está correta? <input type="checkbox"/> SIM As peças cirúrgicas estão identificadas e com nome do paciente? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____ _____ _____
Anestesiologia Carimbo e Assinatura _____ Hora _____	Técnico de Enfermagem Carimbo e Assinatura _____ Hora _____	Enfermeiro Carimbo e Assinatura _____ Hora _____

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova deCompatibilidade

- Realizada Compatível Incompatível
 Não Realizada
 Coombs IndiretoP.A.I (Receptor) Negativo Positivo

Data: ___/___/___

Nome do Responsável pela realização dos testes
Pré-Transfusioais



DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

DATA DE ATENDIMENTO :	___/___/___	CID (DIAGNÓSTICO):	_____
LOCALIZAÇÃO:	_____	LEITO:	_____
		GRUPO SANGUÍNEO:	_____
		FATOR RH:	_____
Nº PRONTUÁRIO/REGISTRO HOSPITALAR:	_____	CNS USUÁRIO (SUS):	_____
NOME:	_____		

DATA DE NASCIMENTO :	___/___/___	SEXO:	_____
		RAÇA:	_____
ENDEREÇO:	_____		Nº _____
BAIRRO:	_____	CIDADE:	_____
		ESTADO:	_____
		CEP:	_____
TELEFONE: ()	_____	E-MAIL :	_____

Obs.: 1: PARA CAMPO "RAÇA", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTE LEGENDAS: 01 – BRANCA; 02-PRETA; 03-PARDA; 04-AMARELA; 05-INDÍGENA; 06-SEM INFORMAÇÃO.

Obs.: 2: PARA CAMPO "SEXO", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTE LEGENDAS: F-FEMININO; M-MASCULINO



DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

DATA DE ATENDIMENTO :	___/___/___	CID (DIAGNÓSTICO):	_____
LOCALIZAÇÃO:	_____	LEITO:	_____
		GRUPO SANGUÍNEO:	_____
		FATOR RH:	_____
Nº PRONTUÁRIO/REGISTRO HOSPITALAR:	_____	CNS USUÁRIO (SUS):	_____
NOME:	_____		

DATA DE NASCIMENTO :	___/___/___	SEXO:	_____
		RAÇA:	_____
ENDEREÇO:	_____		Nº _____
BAIRRO:	_____	CIDADE:	_____
		ESTADO:	_____
		CEP:	_____
TELEFONE: ()	_____	E-MAIL :	_____

Obs.: 1: PARA CAMPO "RAÇA", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTE LEGENDAS: 01 – BRANCA; 02-PRETA; 03-PARDA; 04-AMARELA; 05-INDÍGENA; 06-SEM INFORMAÇÃO.

Obs.: 2: PARA CAMPO "SEXO", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTE LEGENDAS: F-FEMININO; M-MASCULINO

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: _____
Ausculta 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: _____ TINSP: _____ 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		SCORE	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



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.

Fem.

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 OU VIOLÊNCIAS)

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)



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO



Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ SEXO: Masc. Fem. Fone Particular: _____

Data de Atendimento: ____/____/____ Controle Interno nº _____ Convênio: _____

URINÁLISE

- EAS (SUMÁRIO)
- PLANOTESTE
- GLICOSÚRIA

PARASITOLOGIA

- FEZES PARAS
- PH FECAL
- P. LEUCÓCITOS
- DIGESTIBILIDADE
- SUBST. REDUTORAS
- ROTAVÍRUS

CITOLOGIA

- COLPOC. ONCÓTICA
- (PREVENTIVO)

HEMOTOLOGIA

- GRUPO SANGUÍNEO
- FT-RH
- HEM. COMPLETO
- COOMBS. DIRETO
- COOMBS. INDIRETO
- VHS (HEMOSEDIM)
- COAGULOGRAMA
- CÉLULAS L.E.
- FALCITESTE
- TTPA
- CONT. RETICULÓCITOS
- TP

BACTERIOLOGIA

- BACTERIOSCOPIA
- _____
- CULTURA
- _____
- ANTIBIOGRAMA
- _____

BIOQUÍMICA

- ALBUMINA
- ÁC. ÚRICO
- AMILASE
- BILIRRUBINAS
- COL. TOTAL
- COL. HDL
- COL. LDL
- COL. VLDL
- TRIGLICERÍDES
- CLORETOS
- CÁLCIO
- CREATININA
- FERRO SÉRICO
- FÓSFORO
- FOSF. ALCALINA
- GLIC. JEJUM
- GLIC. PÓS PRANDIAL
- GAMA G. T.
- HEMOG. GLICOLISADA
- LIPID. COMPLETO
- LÍPIDES TOTAIS
- MAGNÉSIO
- MUCO PROTEÍNA
- POTÁSSIO
- PROTEÍNAS TOTAIS
- SÓDIO
- TRANS. (ASL/ALT)
- TGO
- TGP
- URÉIA
- _____
- _____

IMUNOLOGIA

- HIV I + II
- ANTI HBS (AUSAB)
- HbEAg - HEPATITE B
- HCV HEPATITE C
- HVA HEPATITE A IgG/IgM
- ANTI-HBE
- ANTI-HBC M
- ANTI-HBC-G
- HBSAg
- CLAMIDIA IgG/IgM
- LEPTOSPIROSE
- REAÇÃO DE WIDAL
- MONOTEST
- FATOR REUMATÓIDE
- ASLO
- PCR
- VDRL
- CITO-IgG
- CITO-IgM
- RUBÉOLA IgG
- RUBÉOLA IgM
- TOXO IgG
- TOXO IgM
- HERPES
- PSA

HORMÔNIOS

- BHCG
- FSH
- LH
- ESTRADIOL
- TSH
- T3-TOTAL
- ANTI-MIC
- TIREOGLOBINA
- T4-TOTAL
- T4-LIVRE
- PROGESTERONA
- PROLACTINA
- _____
- _____



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO



Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ SEXO: Masc. Fem. Fone Particular: _____

Data de Atendimento: ____/____/____ Controle Interno nº _____ Convênio: _____

URINÁLISE

- EAS (SUMÁRIO)
- PLANOTESTE
- GLICOSÚRIA

PARASITOLOGIA

- FEZES PARAS
- PH FECAL
- P. LEUCÓCITOS
- DIGESTIBILIDADE
- SUBST. REDUTORAS
- ROTAVÍRUS

CITOLOGIA

- COLPOC. ONCÓTICA
- (PREVENTIVO)

HEMOTOLOGIA

- GRUPO SANGUÍNEO
- FT-RH
- HEM. COMPLETO
- COOMBS. DIRETO
- COOMBS. INDIRETO
- VHS (HEMOSEDIM)
- COAGULOGRAMA
- CÉLULAS L.E.
- FALCITESTE
- TTPA
- CONT. RETICULÓCITOS
- TP

BACTERIOLOGIA

- BACTERIOSCOPIA
- _____
- CULTURA
- _____
- ANTIBIOGRAMA
- _____

BIOQUÍMICA

- ALBUMINA
- ÁC. ÚRICO
- AMILASE
- BILIRRUBINAS
- COL. TOTAL
- COL. HDL
- COL. LDL
- COL. VLDL
- TRIGLICERÍDES
- CLORETOS
- CÁLCIO
- CREATININA
- FERRO SÉRICO
- FÓSFORO
- FOSF. ALCALINA
- GLIC. JEJUM
- GLIC. PÓS PRANDIAL
- GAMA G. T.
- HEMOG. GLICOLISADA
- LIPID. COMPLETO
- LÍPIDES TOTAIS
- MAGNÉSIO
- MUCO PROTEÍNA
- POTÁSSIO
- PROTEÍNAS TOTAIS
- SÓDIO
- TRANS. (ASL/ALT)
- TGO
- TGP
- URÉIA
- _____
- _____

IMUNOLOGIA

- HIV I + II
- ANTI HBS (AUSAB)
- HbEAg - HEPATITE B
- HCV HEPATITE C
- HVA HEPATITE A IgG/IgM
- ANTI-HBE
- ANTI-HBC M
- ANTI-HBC-G
- HBSAg
- CLAMIDIA IgG/IgM
- LEPTOSPIROSE
- REAÇÃO DE WIDAL
- MONOTEST
- FATOR REUMATÓIDE
- ASLO
- PCR
- VDRL
- CITO-IgG
- CITO-IgM
- RUBÉOLA IgG
- RUBÉOLA IgM
- TOXO IgG
- TOXO IgM
- HERPES
- PSA

HORMÔNIOS

- BHCG
- FSH
- LH
- ESTRADIOL
- TSH
- T3-TOTAL
- ANTI-MIC
- TIREOGLOBINA
- T4-TOTAL
- T4-LIVRE
- PROGESTERONA
- PROLACTINA
- _____
- _____

CHECK LIST DO ARSENAL DO CME DATA _____

ORDEM	MATERIAL	SD (qtde)	SN (qtde)	SD (qtde)	SN (qtde)
1	AVENTAL ÚNICO				
2	AVENTAL DUPLO				
3	TOALHA INSTRUMENTAL				
4	LAP CURÚRGICO				
5	BACIAS				
6	CAIXA DE BUCO-MAXILAR				
7	CAIXA DE TRAQUEOSTOMIA				
8	CAIXA PUNÇÃO SUBCLÁVIA				
9	KIT RAQUE				
10	BANDEJA DE DEGERMAÇÃO				
11	BANDEJA DE MEDICAÇÃO				
12	CAIXA DE LAPAROTOMIA				
13	CAIXA MÉDIA BÁSICA				
14	CAIXA PEQUENA CIRURGIA				
15	CAIXA DE CURETAGEM				
16	CAIXA DE COLECISTECTOMIA				
17	CAIXA DE APENDICECTOMIA				
18	CAIXA DE HERNIOPLASTIA				
19	FIOS DE KISHNNER 1				
20	FIOS DE KISHNNER 1,5				
21	FIOS DE KISHNNER 2,0				
22	FIOS DE KISHNNER 2,5				
23	FIOS DE KISHNNER 3,0				
24	FIOS DE KISHNNER 3,5				
25	FIOS DE KISHNNER 4,0				
26	RICARDÃO (CORTADOR DE FIO)				
27	RUGINAS				
28	OSTEÓTOMO				
29	CANETAS DE BISTURIS				
30	PONTEIRA DE BISTURI				
31	CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS 4,5				
32	CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS 4,5				
33	CAIXA DE INSTRUMENTAL 4,5				
34	CAIXA DE INSTRUMENTAL 4,5				
35	CAIXA DE PEQUENOS				
36	CAIXA DE PEQUENOS				
37	SERRA DE GIGLE				
38	AFASTADOR DOYAN				
39	AFASTADOR BALFOUR				
40	AFASTADOR FONOCHIETTO				
41	AFASTADOR ISRAEL				
42	HOHMANN				
43	CHAVE EEM T 3,5				
44	CHAVE EM T 4,5				
45	CHAVE EM T 4,5				
46	SACABOCADO				
47	FAIXA DE SMARCH				
48	APARADEIRA (COMADRE)				
49	PAPAGAIO (COMPADRE)				
50	TUDO DE SILICONE (LATEX)				
51	AMBU ADULTO				
52	AMBU NEONATAL				
53	CUBA RIM				
54	CUBA REDONDA				
55	ATADURAS				
56	MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO (NBZ)				
57	CIRCUITO DO VENTILADOR				

58	KIT DE SUTURA				
59	KIT DE CURATIVO				
60	ALGODÃO ORTOPÉDICO				
61	CAMPOS SIMPLES				
62	CAMPOS DUPLOS				
63	ALMOTOLIAS				
64	COMPRESSAS CIRÚRGICAS				
65	GAZES ESTÉREIS				
66	FIO DE CERCLAGEM				
67	CAIXA DO DR RIBEIRO				
68	CAMPO FENESTRADO P				
69	CAMPO FENESTRADO M				
70	CAMPO FENESTRADO G				
71	MANOPLAS DO FOCO FIXO				
72	MANOPLAS DO FOCO MÓVEL				
73	MASCARAS DE OXIGÊNIO VERDES				
74	ÓCULOS				
75	FRASCO DE ASPIRADOR GRANDE				
76	UMIDIFICADOR DE O2				
77	UMIDIFICADOR DE AR COMPRIMIDO				
78	VÁCUO				
79	PINÇA CURETA				
80	MÁSCARA DE VENTURI				
81	ASPIRADOR YANKE				
82	CAIXA DHS/DCS				
83	CABO DE BISTURI				
84	AFASTADOR BLONT				
85	PONTA DO ASPIRADOR				
86	AFASTADOR SUPRA PÚBICA				
87	AFASTADOR MALEÁVEL				
88	PINÇAS BULDOG				
89	AFASTADOR LOWMAN				
90	PINÇA FOESTER				
91	PINÇA POZZI				
92	CLAMP INTESTINAL				
93	PORTA AGULHA				
94	PINÇA DE DISSECÇÃO				
95	TESOURA				
96	MACRO DE NBZ				
97	CÂNULA DE GUEDEL				
98	FIO GUIA				
99	FURADEIRA SERRA PNEUMÁTICA				
100	FURADEIRA PNEUMÁTICA À BATERIA				
101	PINÇA ÓSSEA				
102	MARTELO 300G E 200G				
103	ESPANHOLAS				
104	AFASTADOR DE LANGENBERG				
105	AFASTADOR ÓSSEO				
106	FURADEIRAS ELÉTRICA COM KAI-KAI				
107	DISTENSOR DE AMBU				
108	DISTENSOR DE OXIGÊNIO				
109	CAIXA DE GRANDES OSSOS				
110	CAIXA DE PEQUENOS OSSOS				
111	DRENO DE PENROSE				
112	CAIXA TUBO A TUBO				
113					
114					
115					

TÉC.: _____ Enfermeiro(a) CME: _____

Obs.: É de cunho obrigatório o preenchimento desse check list, o não cumprimento acarretará em advertência.



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DAS INFECÇÕES RELATADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PACIENTE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____
 DATA DE INTERNAÇÃO: ____ / ____ / ____ PROCEDENTE: () ESTABILIZAÇÃO () UTI () ALAS () C.C
 INTERNAÇÃO ATUAL: () ESTABILIZAÇÃO () UTI () ALAS
 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 FATORES DE RISCO: () DM () HAS () RANAL () CARDIOPATA () OUTROS _____
 () ALERGIAS _____
 DIAGNOSTICO: _____

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

PROCEDIMENTOS	DATA INICIAL	TROCA									
AVP											
CVC											
TOT/VM											
SVD											

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

ANTIBIOTICOTERAPIA DATA INIC. ____ / ____ / ____	TROCAS			
	DATA ____ / ____ / ____			

HEMOCULTURAS/UROCULTURAS/SWABS

EXAME	RESULTADOS				
	DATA ____ / ____ / ____				
HEMOCULTURA	() NEGATIVO () POSITIVO OBS:				
URUCULTURA	() NEGATIVO () POSITIVO OBS:				
SWAB NASAL	() NEGATIVO () POSITIVO OBS:				
SWAB ANAL	() NEGATIVO () POSITIVO OBS:				

DADOS DA INFECÇÃO

DATA:					
<input type="checkbox"/> SEPSE	<input type="checkbox"/> ITU	<input type="checkbox"/> INF. CORRENTE SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRURGICO	<input type="checkbox"/> PELE TECIDOS MOLES	<input type="checkbox"/> PNM
OBSERVAÇÕES					

PRECAUÇÕES

CONTATO	A PARTIR DE:
	SUSPENSO EM:
GOTÍCULA	A PARTIR DE:
	SUSPENSO EM:
ÁREA	A PARTIR DE:
	SUSPENSO EM:
ENTÉRIA	A PARTIR DE:
	SUSPENSO EM:

PRECAUÇÕES	INDICAÇÕES	ORIENTAÇÕES
PRECAUÇÕES DE CONTATO	Infecções ou colonização por microrganismos multirresistente, por exemplo, varicela, infecções de pele e de tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimidos, etc	Higienização das mãos Avental Luvas Quarto privativo
PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS	Meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.	Higienização das mãos Máscara cirúrgica (paciente durante o transporte) Máscara cirúrgica (profissional) Quarto privativo
PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS	Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.	Higienização das mãos Máscara cirúrgica (paciente durante o transporte)

nome: _____

setor: _____ leito: _____

DN: ____ / ____ / ____ ID: ____ prontuário: ____ admissão: ____ / ____ / ____



Risco de Queda



Risco de LPP



Risco de Flebite



Risco de Broncoaspiração



Risco de Disfagia



Alergia



EXAMES PENDENTES

TROCAR AVP EM:

OBSERVAÇÕES:

Large empty area for notes and exam details.

BUNDLE
Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea
Associada ao Cateter Venoso Central

SETOR		UNIDADE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome			
Nome Social			
Data de Nascimento		Idade	Sexo
Data da Inserção	Hora	Tipo de Dispositivo	
Médico responsável pelo procedimento			
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção			
INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL			
<input type="checkbox"/> Paciente sem real condição de acesso venoso periférico (venóclise)			
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central)			
<input type="checkbox"/> Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados			
<input type="checkbox"/> Acesso imediato para terapia dialítica			
<input type="checkbox"/> Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si			
<input type="checkbox"/> Administração de soluções / medicamentos que não podem ser administrados por via periférica			
CHECKLIST DE INSERÇÃO DE CATETER			
MEDIDAS PREVENTIVAS		CONFORME	NÃO CONFORME
Médico realizou correta higienização das mãos			
Médico NÃO está usando adorno nas mãos			
Médico paramentado			
Equipe paramentada (enfermeiro, técnico)			
Antissepsia com clorexidine degermante 2%			
Antissepsia com clorexidine alcóolica (Suração de 30segundos e secagem espontânea)			
Utilizado precaução máxima de barreira			
Tentativa única de punção			
Local de punção (não utilizar veia femoral como 1ª escolha) 1ª escolha:			
Fixação adequada da sutura			
Protetores colocados nos lúmens do cateter			
Primeiro curativo realizado pelo médico			
BUNDLE FINAL		POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Confirmado posicionamento do cateter (Raio-X de tórax)			
Intercorrências durante procedimento:			
Observações:			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			
Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem utilização da barreira máxima devem ser trocados em até 48h			

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

VENOSO CENTRAL (em 5 dias)

Dias de cateter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Fixação Segura do Cateter																															
Ausência de sinais flogísticos																															
Sítio de inserção protegido																															
Curativo limpo																															
Curativo atualizado																															
Polifix protegido e sem sujidade																															
Necessidade de manter o cateter																															
Assinatura do Enfermeiro																															
Data																															

ORIENTAÇÕES

Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva esteril a cada 48 horas e a troca com cobertura esteril transparente a cada sete dias

Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida

Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e ports de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos, antes da administração de medicamentos



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA LAURA VASCONCELOS



CHECK - LIST: ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

ITEM	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO.			
2. CÓPIA DO CARTÃO SUS + CÓPIA DO RG E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA			
3. TERMO DE RESPONSABILIDADE ASSINADA PELO RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE			
4. FICHA DO LAUDO PARA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH CARIMBADA E ASSINADA PELO MÉDICO ASSISTENTE.			
5. FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO /AVALIAÇÃO SOCIAL			
6. EVOLUÇÃO DE ADMISSÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM + HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL)			
7. EVOLUÇÕES DIÁRIAS DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS, ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS, NUTRICIONISTAS, PSICÓLOGOS E ASSISTENTES SOCIAIS, DEVIDAMENTE CARIMBADAS E ASSINADAS, ORGANIZADAS POR DATA.			
8. PARECERES MÉDICOS ORGANIZADOS POR ORDEM DE DATA			
9. PRESCRIÇÕES MÉDICAS + OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM ORGANIZADA POR ORDEM DE DATA			
10. CIRURGIAS : RELATÓRIO DE OPERAÇÃO + SAEP + BOLETIM DE ANESTESISTA + HISTÓRICO DE ENFERMAGEM GASTO DE SALA + <i>CHECK LIST</i> DE CIRURGIA, ORGANIZADOS POR ORDEM CRESCENTE DATA DA CIRURGIA			
11. EXAMES LABORATORIAIS ORGANIZADOS POR ORDEM DE DATA.			
12. LAUDOS DE EXAMES			
13. PELÍCULAS DE RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, ULTRASSONOGRRAFIA, DENTRE OUTROS.			
14. ATESTADO DE ÓBITO , CASO HOVER. (VIA COR-DE-ROSA)			
15. RELATÓRIO DO RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA			
16. FICHA DE COBRANÇA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CARIMBADA E ASSINADA PELO MÉDICO ASSISTENTE: (JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO PARA PACIENTES EM UTI)			
17. RELATÓRIO + DOCUMENTOS DO HOSPITAL DE ORIGEM (IDENTIFICADOS), SE FOR O CASO DE PACIENTE TRANSFERÊNCIA.			

ESCRITURÁRIO

DATA: _____/_____/_____