



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 144/2023

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 **10/02/2023 a 14/02/2023**, 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 de Traumatologia e Ortopedia – HTO de Caxias/MA, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/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 **10/02/2023 a 14/02/2023**.

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

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

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

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

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

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

8. **As propostas de preços serão classificadas pelo MENOR PREÇO GLOBAL, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço TODOS os itens 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]



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 02/2020/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 DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO CAXIAS**, localizado na Tv. Quininha Píres, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 8504-0110.

12. As quantidades a serem entregues no hospital 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]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 (nos itens que se fizerem necessários).

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, 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. 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.

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

21. 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.

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

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

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

25. 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.

26. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

30. 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.

31. 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.

32. No caso do **Contrato de Gestão nº 02/2020/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.

33. 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, 10 de fevereiro de 2023.

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Termo Referência:

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | UNIDADE | QUANTIDADE |
|------|--------|--|---------|------------|
| 1 | 009344 | ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 2 | 009378 | ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS. | BLOCO | 45 |
| 3 | 009349 | ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL UTI FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 4 | 009380 | ATA DE REUNIÃO , A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 5 | 009346 | AVALIAÇÃO FONOAUDIOLOGIA FRENTE E VERSO | BLOCO | 240 |
| 6 | 008064 | BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO EAZUL | BLOCO | 360 |
| 7 | 007083 | BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL | BLOCO | 480 |
| 8 | 004428 | BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUARIOCARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR) | BLOCO | 120 |
| 9 | 007084 | BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 60 |
| 10 | 008068 | BLOCO DE ADMISSÃO DE PSICOLOGIA ? 100X 1 BRANCO EAZUL | BLOCO | 480 |
| 11 | 008070 | BLOCO DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAL PARA CENTRO CIRURGICO ? 100X 1 BRANCO E AZUL | BLOCO | 60 |
| 12 | 008069 | BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL ? 100X 1 BRANCOE AZUL | BLOCO | 480 |
| 13 | 007103 | BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 -BRANCO/AZUL | BLOCO | 360 |
| 14 | 007109 | BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DEINTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL | BLOCO | 648 |
| 15 | 006945 | BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO | BLOCO | 12 |
| 16 | 006943 | BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA | BLOCO | 360 |
| 17 | 004455 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, FRENTE | BLOCO | 10 |
| 18 | 004441 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA,FRENTE | BLOCO | 360 |
| 19 | 004448 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE | BLOCO | 480 |
| 20 | 007115 | BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 360 |
| 21 | 004343 | BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 -BRANCO/AZUL | BLOCO | 480 |
| 22 | 004397 | BLOCO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | BLOCO | 648 |
| 23 | 008008 | BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA GERAL (FRENTEE VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL | BLOCO | 492 |
| 24 | 009352 | CARTA DE ADVERTÊNCIA DISCIPLINAR | BLOCO | 180 |
| 25 | 009391 | CHECK LIST PSICOBOX, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE100 PÁGINAS | BLOCO | 7 |
| 26 | 009369 | CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO | BLOCO | 180 |
| 27 | 004393 | CONTROLE DE CARGAS COM IMPLANTE | BLOCO | 36 |
| 28 | 009394 | CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE KIT CIRURGICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 29 | 004394 | CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO | BLOCO | 72 |
| 30 | 009364 | CONTROLE KITS CIRÚRGICO (CENTRO CIRÚRGICO) | BLOCO | 480 |



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

| | | | | |
|----|--------|--|---------|-----|
| 31 | 008838 | DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 32 | 008839 | DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 33 | 009379 | ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCO DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 120 |
| 34 | 004312 | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 480 |
| 35 | 009348 | FICHA DE ADMISSÃO FÍSIO ENFERMAGEM | BLOCO | 360 |
| 36 | 009362 | FICHA DE ADMISSÃO PRÉ HOSPITALAR | BLOCO | 480 |
| 37 | 008618 | FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM100 FOLHAS. | BLOCO | 120 |
| 38 | 004313 | HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 528 |
| 39 | 009377 | JUSTIFICATIVA/HORA EXTRA, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOSDE 100 PÁGINAS | BLOCO | 24 |
| 40 | 009381 | LIVRO DE ENTRADA DE HEMOCOMPONENTES, A4, CAPA DURA,MONOCROMÁTICOS, NUMERADOS DE 001 A 100 | UNIDADE | 3 |
| 41 | 009382 | LIVRO DE LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES, A4, CAPADURA, MONOCROMÁTICO, NUMERADOS DE 001 A 100 | UNIDADE | 3 |
| 42 | 009383 | LIVRO DE TIPOLOGIA SANGUINEA, A4, CAPA PRETA, MONOCROMÁTICO | UNIDADE | 3 |
| 43 | 008619 | MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS. | BLOCO | 360 |
| 44 | 008620 | MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS. | BLOCO | 360 |
| 45 | 009392 | MAPA DE PSICOTROPICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE100 PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 46 | 009384 | MAPA DE RECLASSIFICAÇÃO SANGUINEA, A4, MONOCROMÁTICO, BLOCO 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 47 | 009385 | MAPA DE TESTE DE COMPATIBILIDADE, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 48 | 009386 | MAPA DE TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAIS, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 49 | 009357 | MAPA DOS COPEIROS ALA A | BLOCO | 60 |
| 50 | 009358 | MAPA DOS COPEIROS ALA B | BLOCO | 60 |
| 51 | 009387 | MAPA FISIOTERAPIA UTI 1, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE100 PÁGINAS | BLOCO | 3 |
| 52 | 009388 | MAPA FISIOTERAPIA UTI 2, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE100 PÁGINAS | BLOCO | 3 |
| 53 | 009360 | MAPA NUTRICIONISTA UTI I | BLOCO | 60 |
| 54 | 009361 | MAPA NUTRICIONISTA UTI II | BLOCO | 60 |
| 55 | 009350 | MAPA TERAPIA OCUPACIONAL | BLOCO | 360 |
| 56 | 009355 | NOTA DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO | BLOCO | 180 |
| 57 | 009370 | ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS | BLOCO | 180 |
| 58 | 003643 | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | BLOCO | 480 |
| 59 | 007157 | PRESCRICAO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA EOUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA. | BLOCO | 200 |
| 60 | 004275 | RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5) | BLOCO | 528 |
| 61 | 009347 | RELATÓRIO DE ATENDIMENTO FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 62 | 009345 | RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 63 | 009343 | RELATÓRIO DE HORA EXTRA | BLOCO | 180 |
| 64 | 009368 | REQUISICÃO RAIOS X DE CONTROLE | BLOCO | 420 |
| 65 | 009363 | SD SN MEDICAÇÕES INÍCIO PLANTÃO | BLOCO | 492 |



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

| | | | | |
|----|--------|--|-------|-----|
| 66 | 009393 | SOLICITAÇÃO DE ANTIBIOTICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 67 | 004299 | SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 540 |
| 68 | 009389 | SOLICITAÇÃO DE SANGUE HEMOCOMPONENTES, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 120 |
| 69 | 004284 | SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 336 |
| 70 | 009367 | TERMO CONSENTIMENTO DE ANESTESIA | BLOCO | 180 |
| 71 | 009366 | TERMO DE CONSENTIMENTO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS | BLOCO | 60 |
| 72 | 009390 | TERMO DE CONSENTIMENTO DE ANESTESIA, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS (FRENTE E VERSO) | BLOCO | 360 |
| 73 | 009354 | TERMO DE DISPENSA DE ACOMPANHANTE | BLOCO | 180 |
| 74 | 009356 | TERMO DE ORIENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE | BLOCO | 180 |
| 75 | 008860 | TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMÁTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 360 |
| 76 | 008861 | TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 77 | 009353 | TROCA DE PLANTÃO | BLOCO | 180 |



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 n°. 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 n°. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n°. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o n°. XXXXX, portador da Carteira de Identidade n°. **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 DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO CAXIAS/MA**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão n° 02/2020/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 | 009344 | ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 2 | 009378 | ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS. | BLOCO | 45 |
| 3 | 009349 | ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL UTI FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 4 | 009380 | ATA DE REUNIÃO , A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 5 | 009346 | AVALIAÇÃO FONOAUDIOLOGIA FRENTE E VERSO | BLOCO | 240 |
| 6 | 008064 | BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO EAZUL | BLOCO | 360 |
| 7 | 007083 | BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL | BLOCO | 480 |
| 8 | 004428 | BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUÁRIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR) | BLOCO | 120 |
| 9 | 007084 | BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 60 |
| 10 | 008068 | BLOCO DE ADMISSÃO DE PSICOLOGIA ? 100X 1 BRANCO EAZUL | BLOCO | 480 |
| 11 | 008070 | BLOCO DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAL PARA CENTRO CIRURGICO ? 100X 1 BRANCO E AZUL | BLOCO | 60 |
| 12 | 008069 | BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL ? 100X 1 BRANCOE AZUL | BLOCO | 480 |
| 13 | 007103 | BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 360 |

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

| | | | | |
|----|--------|---|---------|-----|
| 14 | 007109 | BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL | BLOCO | 648 |
| 15 | 006945 | BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO | BLOCO | 12 |
| 16 | 006943 | BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA | BLOCO | 360 |
| 17 | 004455 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, FRENTE | BLOCO | 10 |
| 18 | 004441 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE | BLOCO | 360 |
| 19 | 004448 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE | BLOCO | 480 |
| 20 | 007115 | BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 360 |
| 21 | 004343 | BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL | BLOCO | 480 |
| 22 | 004397 | BLOCO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | BLOCO | 648 |
| 23 | 008008 | BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA GERAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL | BLOCO | 492 |
| 24 | 009352 | CARTA DE ADVERTÊNCIA DISCIPLINAR | BLOCO | 180 |
| 25 | 009391 | CHECK LIST PSICOBOX, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 7 |
| 26 | 009369 | CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EMPRE-OPERATÓRIO | BLOCO | 180 |
| 27 | 004393 | CONTROLE DE CARGAS COM IMPLANTE | BLOCO | 36 |
| 28 | 009394 | CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE KIT CIRURGICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 29 | 004394 | CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO | BLOCO | 72 |
| 30 | 009364 | CONTROLE KITS CIRÚRGICO (CENTRO CIRÚRGICO) | BLOCO | 480 |
| 31 | 008838 | DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 32 | 008839 | DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 33 | 009379 | ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCO DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 120 |
| 34 | 004312 | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 480 |
| 35 | 009348 | FICHA DE ADMISSÃO FISIO ENFERMAGEM | BLOCO | 360 |
| 36 | 009362 | FICHA DE ADMISSÃO PRÉ HOSPITALAR | BLOCO | 480 |
| 37 | 008618 | FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS. | BLOCO | 120 |
| 38 | 004313 | HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 528 |
| 39 | 009377 | JUSTIFICATIVA/HORA EXTRA, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 24 |
| 40 | 009381 | LIVRO DE ENTRADA DE HEMOCOMPONENTES, A4, CAPA DURA, MONOCROMÁTICOS, NUMERADOS DE 001 A 100 | UNIDADE | 3 |
| 41 | 009382 | LIVRO DE LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES, A4, CAPA DURA, MONOCROMÁTICO, NUMERADOS DE 001 A 100 | UNIDADE | 3 |
| 42 | 009383 | LIVRO DE TIPAGEM SANGUINEA, A4, CAPA PRETA, MONOCROMÁTICO | UNIDADE | 3 |
| 43 | 008619 | MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS. | BLOCO | 360 |
| 44 | 008620 | MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS. | BLOCO | 360 |
| 45 | 009392 | MAPA DE PSICOTRÓPICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 46 | 009384 | MAPA DE RECLASSIFICAÇÃO SANGUINEA, A4, MONOCROMÁTICO, BLOCO 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 47 | 009385 | MAPA DE TESTE DE COMPATIBILIDADE, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

| | | | | |
|----|--------|---|-------|-----|
| 48 | 009386 | MAPA DE TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAIS, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 60 |
| 49 | 009357 | MAPA DOS COPEIROS ALA A | BLOCO | 60 |
| 50 | 009358 | MAPA DOS COPEIROS ALA B | BLOCO | 60 |
| 51 | 009387 | MAPA FISIOTERAPIA UTI 1, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 3 |
| 52 | 009388 | MAPA FISIOTERAPIA UTI 2, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 3 |
| 53 | 009360 | MAPA NUTRICIONISTA UTI I | BLOCO | 60 |
| 54 | 009361 | MAPA NUTRICIONISTA UTI II | BLOCO | 60 |
| 55 | 009350 | MAPA TERAPIA OCUPACIONAL | BLOCO | 360 |
| 56 | 009355 | NOTA DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO | BLOCO | 180 |
| 57 | 009370 | ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS | BLOCO | 180 |
| 58 | 003643 | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | BLOCO | 480 |
| 59 | 007157 | PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS, FORMATO DE TALÃO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMÁCIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA. | BLOCO | 200 |
| 60 | 004275 | RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5) | BLOCO | 528 |
| 61 | 009347 | RELATÓRIO DE ATENDIMENTO FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 62 | 009345 | RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA FRENTE E VERSO | BLOCO | 360 |
| 63 | 009343 | RELATÓRIO DE HORA EXTRA | BLOCO | 180 |
| 64 | 009368 | REQUISIÇÃO RAIOS X DE CONTROLE | BLOCO | 420 |
| 65 | 009363 | SD SN MEDICAÇÕES INÍCIO PLANTÃO | BLOCO | 492 |
| 66 | 009393 | SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 12 |
| 67 | 004299 | SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 540 |
| 68 | 009389 | SOLICITAÇÃO DE SANGUE HEMOCOMPONENTES, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS | BLOCO | 120 |
| 69 | 004284 | SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO | 336 |
| 70 | 009367 | TERMO CONSENTIMENTO DE ANESTESIA | BLOCO | 180 |
| 71 | 009366 | TERMO DE CONSENTIMENTO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS | BLOCO | 60 |
| 72 | 009390 | TERMO DE CONSENTIMENTO DE ANESTESIA, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS (FRENTE E VERSO) | BLOCO | 360 |
| 73 | 009354 | TERMO DE DISPENSA DE ACOMPANHANTE | BLOCO | 180 |
| 74 | 009356 | TERMO DE ORIENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE | BLOCO | 180 |
| 75 | 008860 | TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMÁTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 360 |
| 76 | 008861 | TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMÁTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS. | BLOCO | 180 |
| 77 | 009353 | TROCA DE PLANTÃO | BLOCO | 180 |

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO CAXIAS/MA**, localizado na Tv. Quininha Pires, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 8504-0110.

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 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 rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 144/2023/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 02/2020/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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 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, 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 **02/2020/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
[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia - HTO CAXIAS/MA**, localizado na Tv. Quininha Pires, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040, devendo para tanto a CONTRATADA realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 8504-0110.

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 repostas 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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.

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°. 144/2023/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°. 144/2023/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
[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

estabelecido para entrega;

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

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. 144/2023/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 144/2023/MA.

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 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. Vencido 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 já, 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 nº. 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 **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.

CLAÚSULA 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 2023.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome:

End.:

CPF:

Nome:

End.:

CPF:

[Digite aqui]

ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES

➤ DATA DA RESERVA: _____

SOLITAÇÃO MÉDICA: () SIM, ESTÁ AGUARDANDO PARA FINALIZAR LIBERAÇÃO DA RESERVA.
() NÃO, REALIZAR NOVO PEDIDO PARA LIBERAR HEMOCOMPONENTE EM RESERVA.

PACIENTE: _____

ABO/Rh DO PACIENTE: _____

LOCALIZAÇÃO: _____ LEITO: _____

TIPO DE HEMOCOMPONENTE: () CH () PFC () CRIO () CPL

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: _____ ABO/RH DO HEMOC.: _____

TIPO DE RESERVA: () PACIENTE COM HEMOGLOBINA BAIXA
() PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO (VAI PARA CIRURGIA)
() PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO
() PACIENTE DE EMERGÊNCIA/ GRAVÍSSIMO
() OUTRO: _____

➤ DATA DA RESERVA: _____

SOLITAÇÃO MÉDICA: () SIM, ESTÁ AGUARDANDO PARA FINALIZAR LIBERAÇÃO DA RESERVA.
() NÃO, REALIZAR NOVO PEDIDO PARA LIBERAR HEMOCOMPONENTE EM RESERVA.

PACIENTE: _____

ABO/Rh DO PACIENTE: _____

LOCALIZAÇÃO: _____ LEITO: _____

TIPO DE HEMOCOMPONENTE: () CH () PFC () CRIO () CPL

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: _____ ABO/RH DO HEMOC.: _____

TIPO DE RESERVA: () PACIENTE COM HEMOGLOBINA BAIXA
() PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO (VAI PARA CIRURGIA)
() PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO
() PACIENTE DE EMERGÊNCIA/ GRAVÍSSIMO
() OUTRO: _____

ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES

➤ DATA DA RESERVA: _____

SOLITAÇÃO MÉDICA: () SIM, ESTÁ AGUARDANDO PARA FINALIZAR LIBERAÇÃO DA RESERVA.
() NÃO, REALIZAR NOVO PEDIDO PARA LIBERAR HEMOCOMPONENTE EM RESERVA.

PACIENTE: _____

ABO/Rh DO PACIENTE: _____

LOCALIZAÇÃO: _____ LEITO: _____

TIPO DE HEMOCOMPONENTE: () CH () PFC () CRIO () CPL

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: _____ ABO/RH DO HEMOC.: _____

TIPO DE RESERVA: () PACIENTE COM HEMOGLOBINA BAIXA
() PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO (VAI PARA CIRURGIA)
() PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO
() PACIENTE DE EMERGÊNCIA/ GRAVÍSSIMO
() OUTRO: _____

➤ DATA DA RESERVA: _____

SOLITAÇÃO MÉDICA: () SIM, ESTÁ AGUARDANDO PARA FINALIZAR LIBERAÇÃO DA RESERVA.
() NÃO, REALIZAR NOVO PEDIDO PARA LIBERAR HEMOCOMPONENTE EM RESERVA.

PACIENTE: _____

ABO/Rh DO PACIENTE: _____

LOCALIZAÇÃO: _____ LEITO: _____

TIPO DE HEMOCOMPONENTE: () CH () PFC () CRIO () CPL

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: _____ ABO/RH DO HEMOC.: _____

TIPO DE RESERVA: () PACIENTE COM HEMOGLOBINA BAIXA
() PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO (VAI PARA CIRURGIA)
() PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO
() PACIENTE DE EMERGÊNCIA/ GRAVÍSSIMO
() OUTRO: _____

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – CAXIAS/MA

ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL - ADULTO

| | | |
|--|----------------|-------------------|
| Nome: | Prontuário: | |
| Nome Social: | Cartão do SUS: | |
| Data de nascimento: / / | Idade: | Sexo: () M () F |
| Profissão: | | |
| Diagnóstico médico: | | |
| Motivo da admissão: | | |
| Doenças anteriores: | | |
| Hemodinâmica: () Estável () Grave () Instável | | |
| Cirurgias anteriores: () Sim () Não Qual (is)? | | |
| Tratamento Oncológico: | | |
| Observação: | | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

| | |
|--|-------------------------|
| Glasgow: AO RV RM = | Sedado: () Não () Sim |
| Escala de Ramsay: | |
| () Alerta () Contactuante () Responsivo () Confuso () Sonolento () Rebaixado | |

QUADRO RESPIRATÓRIO

| | |
|------------------------|--|
| VMI: () TOT () TQT | |
| VMNI: () Sim () Não | Oxigenoterapia: () Cateter nasal () Venturi Outra: |
| VE AA: () Sim () Não | Extubado há: |

HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

| | |
|---------------------------------------|---|
| () Alteração da linguagem expressiva | () Alteração da linguagem compreensiva |
| () Sem alterações | () Não avaliada |

AVALIAÇÃO MOTORA E SENSORIAL

| |
|--|
| Déficit motor: () Não () Sim Força Muscular – Grau: _____ |
| Sensibilidade: () Preservada () Alterada: _____ |
| Tônus Muscular: () Eutônico () Hipertônico () Hipotônica / Deformidades: () Não () Sim |
| Acuidade Visual: () Preservada () Alterada Utilização de óculos: () Sim () Não |
| Acuidade Auditiva: () Preservada () Alterada Utilização de prótese auditiva: () Sim () Não |

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO / DELIRIUM

Início agudo: () Mudança aguda do estado mental de base

Distúrbios da atenção: () Dificuldade em focalizar a atenção, com distração e dificuldade de acompanhar a entrevista;
() Se presente, houve variação durante a entrevista

Pensamento desorganizado: () Pensamento incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de frequência pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível do assunto

Alteração do nível de consciência: () Alerta (normal) () Vigilante (hiperalerta) () Letárgico (sonolento)
() Estupor (dificuldade para despertar) () Coma () Incerto

Desorientação: () Desorientação espacial e temporal

Distúrbio da memória: () Incapacidade para lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para lembrar de instruções

Distúrbio da percepção: () Sinais de alucinação, ilusões ou interpretações crônicas

Atividade psicomotora: () Agitação motora, beliscar de cobertas, mudança súbita e frequência de posição
() Lentidão exagerada de movimentos, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição

Alteração do ciclo sono-vigília: () Sinais de sonolência diurna e insônia noturna

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

| AVD's | ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO | INDEP. | COM AUXÍLIO | DEPEND. |
|--------------------------|---|--------|-------------|---------|
| Alimentação | Utiliza copo para beber/prato para alimentar-se | | | |
| Vestuário | Veste parte superior do corpo | | | |
| | Veste parte inferior do corpo | | | |
| Higiene pessoal | Põe dentadura ou prótese | | | |
| | Escova os dentes | | | |
| | Lava-se ou toma banho | | | |
| | Pentea-se | | | |
| Controle de esfíncteres | Continência urinária | | | |
| | Continência fecal | | | |
| Transferência | Transferência do leito | | | |
| | Transferência da poltrona | | | |
| Mobilidade e deambulação | Movimenta-se no leito | | | |
| | Senta-se | | | |
| | Assume a posição bípede | | | |

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Papel Ocupacional: () Estudante () Trabalhador () Serviço Doméstico () Voluntário
() Cuidador () Amigo () Membro de família () Religioso () Lazer
() Participações em organizações
Outro:

AVALIAÇÃO PSICOSOCIOESPIRITUAL

Auto-estima: () Alterada () Preservada / Auto-imagem: () Alterada () Preservada

Ansiedade: () Sim () Não / Expectativa: () Sim () Não / Humor deprimido: () Sim () Não

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não / Interação Social: () Sim () Não

() Não Avaliado

CONDUTA:

Data: ____/____/____

Terapeuta Ocupacional

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – CAXIAS/MA

ADMISSÃO TERAPIA OCUPACIONAL - ADULTO

| | | |
|--|----------------|-------------------|
| Nome: | Prontuário: | |
| Nome Social: | Cartão do SUS: | |
| Data de nascimento: / / | Idade: | Sexo: () M () F |
| Profissão: | | |
| Diagnóstico médico: | | |
| Motivo da admissão: | | |
| Doenças anteriores: | | |
| Hemodinâmica: () Estável () Grave () Instável | | |
| Cirurgias anteriores: () Sim () Não Qual (is)? | | |
| Tratamento Oncológico: | | |
| Observação: | | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

| | |
|--|-------------------------|
| Glasgow: AO RV RM = | Sedado: () Não () Sim |
| Escala de Ramsay: | |
| () Alerta () Contactuante () Responsivo () Confuso () Sonolento () Rebaixado | |

QUADRO RESPIRATÓRIO

| | |
|------------------------|--|
| VMI: () TOT () TQT | |
| VMNI: () Sim () Não | Oxigenoterapia: () Cateter nasal () Venturi Outra: |
| VE AA: () Sim () Não | Extubado há: |

HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

| | |
|---------------------------------------|---|
| () Alteração da linguagem expressiva | () Alteração da linguagem compreensiva |
| () Sem alterações | () Não avaliada |

AVALIAÇÃO MOTORA E SENSORIAL

| |
|--|
| Déficit motor: () Não () Sim Força Muscular – Grau: _____ |
| Sensibilidade: () Preservada () Alterada: _____ |
| Tônus Muscular: () Eutônico () Hipertônico () Hipotônica / Deformidades: () Não () Sim |
| Acuidade Visual: () Preservada () Alterada Utilização de óculos: () Sim () Não |
| Acuidade Auditiva: () Preservada () Alterada Utilização de prótese auditiva: () Sim () Não |

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO / DELIRIUM

Início agudo: () Mudança aguda do estado mental de base

Distúrbios da atenção: () Dificuldade em focalizar a atenção, com distração e dificuldade de acompanhar a entrevista; () Se presente, houve variação durante a entrevista

Pensamento desorganizado: () Pensamento incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de frequência pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível do assunto

Alteração do nível de consciência: () Alerta (normal) () Vigilante (hiperalerta) () Letárgico (sonolento) () Estupor (dificuldade para despertar) () Coma () Incerto

Desorientação: () Desorientação espacial e temporal

Distúrbio da memória: () Incapacidade para lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para lembrar de instruções

Distúrbio da percepção: () Sinais de alucinação, ilusões ou interpretações crônicas

Atividade psicomotora: () Agitação motora, beliscar de cobertas, mudança súbita e frequência de posição
() Lentidão exagerada de movimentos, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição

Alteração do ciclo sono-vigília: () Sinais de sonolência diurna e insônia noturna

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

| AVD's | ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO | INDEP. | COM AUXÍLIO | DEPEND. |
|--------------------------|---|--------|-------------|---------|
| Alimentação | Utiliza copo para beber/prato para alimentar-se | | | |
| Vestuário | Veste parte superior do corpo | | | |
| | Veste parte inferior do corpo | | | |
| Higiene pessoal | Põe dentadura ou prótese | | | |
| | Escova os dentes | | | |
| | Lava-se ou toma banho | | | |
| | Pentea-se | | | |
| Controle de esfíncteres | Continência urinária | | | |
| | Continência fecal | | | |
| Transferência | Transferência do leito | | | |
| | Transferência da poltrona | | | |
| Mobilidade e deambulação | Movimenta-se no leito | | | |
| | Senta-se | | | |
| | Assume a posição bípede | | | |

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Papel Ocupacional: () Estudante () Trabalhador () Serviço Doméstico () Voluntário
() Cuidador () Amigo () Membro de família () Religioso () Lazer
() Participações em organizações
Outro:

AVALIAÇÃO PSICOSOCIOESPIRITUAL

Auto-estima: () Alterada () Preservada / Auto-imagem: () Alterada () Preservada

Ansiedade: () Sim () Não / Expectativa: () Sim () Não / Humor deprimido: () Sim () Não

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não / Interação Social: () Sim () Não

() Não Avaliado

CONDUTA:

Data: ____/____/____

Terapeuta Ocupacional

ATA DE REUNIÃO

DADOS GERAIS

Objetivo da Reunião:

Data:

Setor:

Horário: – Local:

Participantes:

Assuntos Gerais

AVALIAÇÃO DE FONOAUDIOLÓGICA

Data: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Leito _____

Nome: _____ Idade: _____

Data de Admissão: ____/____/____ Sexo: () F () M

Profissão: _____

Nome do responsável: _____ Parentesco: _____

Internação Hospitalar Local dessa avaliação: () UTI () Enfermaria

Diagnóstico médico: _____

Funções Cognitivas: Alterados () SIM () NÃO

Órgãos Miofuncionais Orais:

Alterações de Mastigação? () SIM () NÃO

Alterações na deglutição? () SIM () NÃO

Comunicação de linguagem:

Alterações na fala (linguagem), voz? () SIM () NÃO

Alterações

Acuidade Auditiva () SIM () NÃO _____

Acuidade Visual () SIM () NÃO _____

Procedimento:

() Avaliação estrutural () Avaliação Funcional () Fono terapia Direta

() Fono terapia Indireta () Gerenciamento de VO

Via de Alimentação

() VO () SNE () SNE + VO () PARENTAL

Morfologia:

Fraturas de crânio: () linear () afundamento () base

Higiene Oral: () Orientações () BEG () REG () MEG

Conduta:

() VO () VO Assistido () Fono terapia () Gerenciamento de VO

Evolução



AVISO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

CIRURGIA:

MATERIAL:

CIRURGIÃO:

CAXIAS-MA ___/___/___



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

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)

RECEITUARIO DE CONTROLE ESPEICAL

1º VIA FARMACIA

2º VIA PACIENTE

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | |
|---------------------------|--------------------|
| NOME COMPLETO: _____ | |
| CRM: _____ | UF: _____ N° _____ |
| ENDEREÇO COMPLETO: _____ | |
| CIDADE: _____ | UF: _____ |

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO:

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|-------------------------------|---|
| NOME COMPLETO: _____ | ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ___/___/___ |
| RG: _____ | |
| ORG. EMISSOR: _____ UF: _____ | |
| ENDEREÇO COMPLETO: _____ | |
| CIDADE: _____ UF: _____ | |
| TELEFONE: () _____ - _____ | |

| | | |
|--|--|--|
| AGENTES: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TÉCNICA: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| CIRURGIÕES: | | |
| PROCEDIMENTO | | |
| 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 ___ SPO ² ___ |
| PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| DESPERTAR | | |
| REFLEXOS NA S.O: _____ OBSTR: _____ | | |
| _____ CO ² _____ EXCIT: _____ NAUSEAS: _____ | | |
| VÔMITOS: _____ OUTROS: _____ | | |
| COM CÂNULA PARA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES GERAIS: _____ | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA SRPA | | |
| DATA: ___/___/___ HORA: ___:___ PA ___ PULSO ___ SPO ² ___ | | |
| REFLEXO NA S.O: _____ OBSTR: _____ | | |
| _____ CO ² _____ EXCIT.: _____ NAUSEAS: _____ | | |
| DESTINO DO PACIENTE: | | |
| <input type="checkbox"/> CLINICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA | <input type="checkbox"/> SEMI-INTENSIVA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> DOMÍCILIO <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> OUTROS HOSPITAIS | | |
| _____ | | |
| ASSINATURA E CARIMBO COM CRM | | |
| 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 | |

ADMISSÃO DE PSICOLOGIA

| | | | |
|--------------------|------------------------------|--------|----------------|
| SETOR DA ADMISSÃO: | () Enfermaria _____ () UTI | Leito: | Data: __/__/__ |
|--------------------|------------------------------|--------|----------------|

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------|
| Nome | | |
| Idade: | Data de Nascimento: __/__/____ | Estado civil: |
| Cidade: | | |
| Profissão/ Ocupação | | |
| Filhos: | Naturalidade: | Religião: |

| | |
|-------------------------|--|
| COMORBIDADES: | () HAS () DM () Cardiopatia () Reumatismos () AVC () Neoplasia () Outras: |
| HÁBITOS SOCIAIS: | () Etilismo () Tabagismo () Sedentário () Pratica esportes/ Caminhada |

| | |
|-----------------------------|---|
| CONSCIÊNCIA/ MEMÓRIA | Nível de consciência: () Vigil () Orientado () Desorientado () Sedado |
| | Memória prejudicada: () Sim () Não () Demência senil () Alzheimer |

HISTÓRICO DA DOENÇA/ADOCIMENTO

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

HISTÓRIA DO ADOECIMENTO PSÍQUICO

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

DESCRIÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO PACIENTE

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

DESCRIÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO FAMILIAR

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

CONDUTA

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

Assinatura/Carimbo

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS

BPC BOLSA FAMÍLIA AUXÍLIO-DOENÇA APOSENTADORIA PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE
 AUXÍLIO-RECLUSÃO SALÁRIO MATERNIDADE OUTROS _____

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL**VÍNCULO**

INSS
 ESTADUAL
 FEDERAL
 MUNICIPAL
 PREVIDÊNCIA PRIVADA
 SEM VÍNCULO

NATUREZA DO VÍNCULO

EMPREGADO(A)
 EMPREGADO(A) DOMÉSTICO
 TRABALHADOR(A) AVULSO
 CONTRIBUINTE INDIVIDUAL
 SEGURADO(A) ESPECIAL
 SEGURADO(A) FACULTATIVO
 SERVIDOR(A) PÚBLICO(A)

SITUAÇÃO ATUAL

ATIVO
 APOSENTADO
 DESEMPREGADO
 PENSIONISTA
 DEPENDENTE

REDE DE REFERÊNCIA

UBS HOSPITAL UPA CAPS PRESO DE JUSTIÇA FUNAC
 OUTROS _____

IMUNIZAÇÃO COVID

JÁ VACINADO? SIM NÃO. SE SIM, QUAL VACINA RECEBEU?

CORONAVAC OXFORD/ASTRAZENICA PFIZER SPUTINIK V OUTRA _____

1ª dose Data: ___/___/_____ 2ª dose Data: ___/___/_____

OBS: _____

EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA ___/___/_____

ASSISTENTE SOCIAL

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA - ENFERMARIA

| | | | |
|---------------------|--|-------------------------------------|--|
| LEITO: | | ADMISSÃO: ____ / ____ / ____ | |
| NOME: | | IDADE: | |
| PROCEDÊNCIA: | | HORA: | |

1. DIAGNÓSTICO: _____

1.1 História da Doença Atual: _____

2. HISTÓRIA DAS DOENÇAS PREGRESSAS: () NEGA () HAS () DM () DPOC () Asma () Cardiopatia
() Neuropatia () Neoplasia () Doenças Reumáticas () Artrose () Osteoporose () Outros: _____
_____ () Tabagismo _____ () Etilismo _____

3. EXAME FÍSICO:

- Sinais Vitais FC: ____ bpm PA: ____ x ____ mmHg FR: ____ ipm SatO₂: ____% T: ____°C
- Peso: ____ kg Altura: ____ m

3.1 Avaliação Neurológica

- Glasgow: ____ + ____ + ____ = ____

3.2 Inspeção

- Perfusão capilar: () Normal () Lentificada () Pulsos: () Palpáveis () Não palpáveis
- Pele: () Corado () Hipocorado () Ictérico () Sudorese: () Sim () Não
- Drenos: () Sim () Não _____

3.3 Avaliação Motora

- Grau de força muscular (MRC): _____
- Movimentação: () Marcha normal () Restrito ao leito pela condição atual () Acamado
- Tônus: () Eutônico () Hipotônico () Hipertônico
- Amplitude de Movimentos: () Preservada () Alterada _____
- Edema: () Sim () Não _____
- Déficit motor () Sim () Não _____
- Outros: _____

3.4 Avaliação Respiratória

- Frequência respiratória: () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico
- Padrão respiratório: () Torácico () Abdominal () Misto () Paradoxal
- Tosse: () Sim () Não Tipo: () Seca () Produtiva Eficaz: () Sim () Não _____
- Expansibilidade: () Simétrica () Assimétrica _____
- Deformidades: () Sim () Não _____
- AP: _____
- Suporte Ventilatório: () A. A. () C. N. ____ l/min () Venturi ____% () MNBZ () M. Concentradora () T.Q.T
- Outros: _____

4. AVALIAÇÃO DA DOR



5. CONDUTA:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

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

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DO MARANHÃO – HTO/CAXIAS
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA - ENFERMARIA

NOME: _____ IDADE: ____ ADMISSÃO NA ENFERMARIA _____ DATA: __/__/__ TURNO: _____

DIAGNÓSTICO: _____ LEITO: _____

| DIA | 1. SINAIS VITAIS | 2. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA | 3. AVALIAÇÃO MOTORA | 4. CONDUTA: | | | RECUSOU ATENDIMENTO | 8. OBSERVAÇÕES |
|-------|--|---|--|---------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| | FC: ____ bpm PA: ____ X ____ mmHg SatO2: ____ % | Ausulta pulmonar: Padrão respiratório: Suporte Ventilatório: Tosse: Outros: | Grau de força: Quadro motor atual: Avaliação do dor (Escala EVA): Outros: | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | | FISIOTERAPIA MOTORA | | |
| | | | | Manobras de Higiene Brônquica | Alongamentos | Exercícios Metabólicos | | |
| | | | | Manobras de Reexpansão Pulmonar | Posicionamento no leito | Mobilização Passiva | | |
| | | | | Padrões Respiratórios | Exercícios Ativos | Exercícios Resistidos | | |
| | | | | Incentivador Respiratório | Sedestação no leito | Sedestação na poltrona | | |
| | | | | Aspiração traqueal/VAS PQS | Cicloergometria | Deambulação | | |
| | | | | Outros: | Outros: | | | |
| NOITE | 1. SINAIS VITAIS | 2. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA | 3. AVALIAÇÃO MOTORA | 4. CONDUTA: | | | RECUSOU ATENDIMENTO | 8. OBSERVAÇÕES |
| | FC: ____ bpm PA: ____ X ____ mmHg SatO2: ____ % | Ausulta pulmonar: Padrão respiratório: Suporte Ventilatório: Tosse: Outros: | Grau de força: Quadro motor atual: Avaliação do dor (Escala EVA): Outros: | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | | FISIOTERAPIA MOTORA | | |
| | | | | Manobras de Higiene Brônquica | Alongamentos | Exercícios Metabólicos | | |
| | | | | Manobras de Reexpansão Pulmonar | Posicionamento no leito | Mobilização Passiva | | |
| | | | | Padrões Respiratórios | Exercícios Ativos | Exercícios Resistidos | | |
| | | | | Incentivador Respiratório | Sedestação no leito | Sedestação na poltrona | | |
| | | | | Aspiração traqueal/VAS PQS | Cicloergometria | Deambulação | | |
| | | | | Outros: | Outros: | | | |



PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clinica Solicitante: _____

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

Data:

Parecer

Data:

ASSINATURA DO ESPECIALISTA



| |
|---------------------------|
| NÚMERO: 0001 |
| NÚMERO DO PRONTUÁRIO |
| PACIENTE: |
| SETOR: |
| MEDICAMENTO: |
| MÉDICO SOLICITANTE: |
| DISPENSADO PELA FARMÁCIA: |

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO
SOLICITAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES
USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL



| |
|--|
| PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____ |
| DIAGNÓSTICO: _____ |
| SETOR: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____ |
| _____ |
| ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO |

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002

| |
|--------------------|
| NÚMERO PRONTUÁRIO: |
|--------------------|

| |
|--|
| NÚMERO: 0001 |
| MEDICAMENTO: |
| QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO: |
| POSOLOGIA: |
| SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL |
| ENTREGUE POR: |
| RECEBIDO POR: |
| DATA: / / |
| VISTO FARMACÊUTICO |

PRONTUARIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

NUMERO: _____

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO DO MUNICÍPIO: _____ DISTRITO: _____ ZONA: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORA: _____ ENCAMINHADO DA AERA: _____ G. ALVO: _____

DOCUMENTO Nº: _____ RAÇA COR : _____

1. MESMA UNIDADE 1.1 AMBULATORIO 1.2 OUTRO CLINICO MESMO HOSPITAL
1. OUTRA UNIDADE 2.1 AMBULATORIO 2.2 HOSPITAL
1. ENTRADA DE EMERGÊNCIA 3.1. ACIDENTADO 3.2 OUTROS

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ PESO ____ KG. ALTURA EM: _____, ESTADO NUTRICIONAL _____

Ocupação: _____ INSTRUÇÃO PROVIDENCIARIA: SEGURADO DEPENDENTE OUTROS

FILIAÇÃO: PAI: _____

MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

DENOMINAÇÃO E ENDEREÇO DE TRABALHO: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS E FAMILIARES: _____

HISTÓRICO CLINICA

IMETIADO CONCISCO SOBRE A DOENÇA ATUAL: _____

EXAME CLÍNICO: _____

DIAGNOSTICO DE ASMISSÃO: _____

_____ DATA DO DIAGNOSTICO: ____/____/____

CLINICA: _____ ASSINATURA DO MÉDICO QUE ADM:ITIU O PACIENTE: _____

TRATAMENTO:

- 1) Clínico: _____
- 2) Cirurgico: _____
- 3) Psiquiátrico: _____
- 4) Obstétrico: _____
- 5) Outros: _____

Diagnóstico Definitivo: _____ data da confirmação: ____/____/____

Confirmação: Clínico Raio X Laboratório a) sangue b) urina c) fezes

d) escarro e) Anatomopatologico f) biopsia g) necropsia h) outros

Nome de Assinatura do médico responsável pelo paciente: _____

Nome de Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Data da alta: ____/____/____ mora: _____

Dias de permanência hospitalar : _____

Paciente encaminhado para : 1 ambulatório 2 outro hospital 3 sem encaminhamento

Assinatura do chefe do serviço: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Subscrito autorizado o (s) médico (s) encarregados dos cuidados dos paciente cuja o nome apareça no verso desta folha e efetuar todos os exames, terapêutica, anestesia, intervenção cirúrgica etc., que se fizer necessária aconselhável para o diagnostico e tratamento do caso, inclusive autopsia em caso de morte.

DATA: ____/____/____ Assinatura do paciente : _____

DATA: ____/____/____ Assinatura do familiar: _____ Grau de parentesco: _____

DATA: ____/____/____ nome e Assinatura da testemunha: _____

O Subscrito certifica que a pessoa cuja o nome apareça no verso desta folha, paciente do Hospital _____ sai desde hospital conta a opinião do (a) medico (a). Faça constar que havendo sido avertido dos risco que isso implica , isenta de todas as responsabilidades dos médicos assistentes e direção do hospital pelas conseqüências que dai possam resultar .

DATA: ____/____/____ Assinatura do paciente : _____

DATA: ____/____/____ Assinatura do familiar: _____ Grau de parentesco: _____

DATA: ____/____/____ nome e Assinatura da testemunha: _____

PRONTUARIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

NUMERO: _____

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO DO MUNICIPIO: _____ DISTRITO: _____ ZONA: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORA: _____ ENCAMINHADO DA AERA: _____ G. ALVO: _____

DOCUMENTO Nº: _____ RAÇA COR: _____

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> MESMA UNIDADE | 1.1 <input type="checkbox"/> AMBULATORIO | 1.2 <input type="checkbox"/> OUTRO CLINICO MESMO HOSPITAL |
| 1. <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE | 2.1 <input type="checkbox"/> AMBULATORIO | 2.2 <input type="checkbox"/> HOSPITAL |
| 1. <input type="checkbox"/> ENTRADA DE EMERGÊNCIA | 3.1 <input type="checkbox"/> ACIDENTADO | 3.2 <input type="checkbox"/> OUTROS |

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ GRAU DE
INSTRUÇÃO: _____ PESO _____ KG. ALTURA EM: _____, ESTADO NUTRICIONAL _____
OCUPAÇÃO: _____ INSTRUÇÃO PROVIDENCIARIA: SEGURADO DEPENDENTE OUTROS

FILIAÇÃO: PAI: _____

MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

DENOMINAÇÃO E ENDEREÇO DE TRABALHO: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS E FAMILIARES: _____

HISTÓRICO CLINICA

IMETIADO CONCISCO SOBRE A DOENÇA ATUAL: _____

EXAME CLÍNICO: _____

DIAGNOSTICO DE ASMISSÃO: _____

CLINICA: _____ ASSINATURA DO MÉDICO QUE ADM: ITIU O PACIENTE: _____ DATA DO DIAGNOSTICO: ____/____/____

TRATAMENTO:

- 1) Clínico: _____
- 2) Cirurgico: _____
- 3) Psiquiátrico: _____
- 4) Obstétrico: _____
- 5) Outros: _____

Diagnóstico Definitivo: _____ data da confirmação: ____/____/____

Confirmação: Clínico Raio X Laboratório a) sangue b) urina c) fezes

d) escarro e) Anatomopatológico f) biopsia g) necropsia h) outros

Nome de Assinatura do médico responsável pelo paciente: _____

Nome de Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Data da alta: ____/____/____ mora: _____

Dias de permanência hospitalar: _____

Paciente encaminhado para: 1 ambulatório 2 outro hospital 3 sem encaminhamento

Assinatura do chefe do serviço: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Subscrito autorizado o (s) médico (s) encarregados dos cuidados dos paciente cuja o nome apareça no verso desta folha e efetuar todos os exames, terapêutica, anestesia, intervenção cirúrgica etc., que se fizer necessária aconselhável para o diagnostico e tratamento do caso, inclusive autopsia em caso de morte.

DATA: ____/____/____ Assinatura do paciente: _____

DATA: ____/____/____ Assinatura do familiar: _____ Grau de parentesco: _____

DATA: ____/____/____ nome e Assinatura da testemunha: _____

O Subscrito certifica que a pessoa cuja o nome apareça no verso desta folha, paciente do Hospital _____ sai desde hospital conta a opinião do (a) medico (a). Faça constar que havendo sido avertido dos risco que isso implica, isenta de todas as responsabilidades dos médicos assistentes e direção do hospital pelas conseqüências que dai possam resultar.

DATA: ____/____/____ Assinatura do paciente: _____

DATA: ____/____/____ Assinatura do familiar: _____ Grau de parentesco: _____

DATA: ____/____/____ nome e Assinatura da testemunha: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO _____

PACIENTE

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Observação: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Responsável ou Representante Legal.

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Grau de Parentesco: _____

1. Declaro que o médico _____ CRM Nº _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecção no local da cirurgia | <input type="checkbox"/> Recidiva do quadro | <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Fístula |
| <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Reações medicamentosas | <input type="checkbox"/> Perda da função do órgão ou segmento operado como seqüela da cirurgia | <input type="checkbox"/> Deiscência | <input type="checkbox"/> Operações adicionais |
| <input type="checkbox"/> Flacidez no local da cirurgia | | <input type="checkbox"/> Sensação de dormência em torno da região operada | <input type="checkbox"/> Atelectasia e pneumonia |

Outros: _____

1. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive as respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.
3. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.
4. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
5. Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Assim, declaro que agora estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Após ter lido e compreendido as informações deste documento, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização do procedimento acima descrito.

Caxias – MA, _____ de _____ de _____ Hora _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Médico Responsável

Médico Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Declaro que, devido a situação de emergência não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado.

Comprometo-me a discutir e esclarecer as questões relacionadas ao evento com o paciente ou sua família posteriormente

(em situação de Emergência, dois médicos devem assinar).

Caxias-MA, _____ de _____ de _____.

REVOGAÇÃO: Caxias – MA, ____/____/____ Hora _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

CARTA DE ADVERTÊNCIA DISCIPLINAR

REFERÊNCIA: Desídia do desempenho de suas funções

Sra. _____

Na qualidade de empregador, venho advertir V. Sa. do que se segue:

No dia ____/____/____, foi apurado que V. Sa. deixou de

_____,
agindo, portanto com (desídia do desempenho de suas funções) que não condizem com as boas práticas de conduta de um empregado.

Diante da falta grave cometida, venho aplicar pena de Advertência Escrita, ficando V. Sa. desde já ciente que a reincidência nos atos de indisciplina ou insubordinação pode ocasionar a pena máxima de dispensa por justa causa com base no artigo 482, alínea “e” (desídia do desempenho de suas funções) da CLT.

Caso haja a recusa no recebimento da presente advertência para validação será encaminhada referida advertência para sua residência com aviso de recebimento.

Me coloco à disposição para sanar eventuais dúvidas.

Sem mais para o momento.

Caxias,MA ____ de _____ de 2022.

Instituto Vida e Saúde – INVISA

Ciente do(a) Empregado(a): _____

Em: ____/____/____

Empregado(a)

Para seu conhecimento, transcrevemos abaixo o Artigo 482 da CLT:

Art. 482 – Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

- a) ato de improbidade; (desonestidade, fraude, mau caráter)
- b) incontinência de conduta ou mau procedimento; (conduta incabível)
- c) negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, quando constituir ato de concorrência à empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço;
- d) condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
- e) desídia no desempenho das respectivas funções;
- f) embriaguez habitual ou em serviço;
- g) violação de segredo da empresa;
- h) ato de indisciplina ou de insubordinação;
- i) abandono de emprego;
- j) ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- k) ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- l) prática constante de jogos de azar.

Parágrafo único- Constitui igualmente justa causa para dispensa de emprego a prática, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios contra a segurança nacional.

| MATERIAL OU MEDICAMENTO | QUANTIDADE | ENCONTRADO | REPOSTO | VALIDADE |
|------------------------------|------------|------------|---------|----------|
| CETAMINA 50MG/ML | 01 AMPOLA | | | |
| CLORPROMAZINA 25MG/5ML | 05 AMPOLAS | | | |
| CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100MG | 01 AMPOLA | | | |
| DEXMEDETOMIDINA 118MCG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| DIAZEPAM 5MG/ML 2ML | 05 AMPOLAS | | | |
| DROPERIDOL 2,5MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| ETOMIDATO 2MG/ML 10ML | 02 AMPOLAS | | | |
| FENITOÍNA 50MG/ML 5ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FENTANILA 78,5MG/ML 10ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML | 02 AMPOLAS | | | |
| HALOPERIDOL 5MG/ML | 05 AMPOLAS | | | |
| MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML | 05 AMPOLAS | | | |
| MIDAZOLAM 5MG/ML 5ML | 01 AMPOLAS | | | |
| MORFINA 10MG/ML | 03 AMPOLAS | | | |
| NALOXONA 0,4MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| PROPOFOL 10MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| TRAMADOL 50MG/ML 2ML | 02 AMPOLAS | | | |

REVISADO EM:

LACRE ROMPIDO:

LACRE NOVO:

VISTO FARMACIA:

VISTO ENFERMAGEM:

- 1 QUEBRAR O LACRE
- 2 RETIRAR O MEDICAMENTO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA
- 3 LEVAR O LACRE QUEBRADO E A PRESCRIÇÃO MÉDICA NA FARMÁCIA PARA RECEBER O NOVO LACRE E ATENDIMENTO DA PRESCRIÇÃO
- 4 LEVAR AS AMPOLAS VAZIAS DE PSICOTRÓPICOS PARA TROCA

CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PRÉ- OPERATÓRIO



SETOR:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data De Nascimento:

Idade:

Sexo:

Data de Admissão:

Horário da checagem com o paciente:

CHECKLIST

Pulseira de Identificação: () Sim () Não

Nível de Consciência: () Consciente () Orientado () Desorientado () Confuso

Tricotomia: () Sim () Não () Não se aplica

Jejum: () Sim () Não

Banho com antisséptico: () Sim () Não

Retirada de Próteses Dentária: () Sim () Não () Não se aplica

Unhas sem esmaltes: () Sim () Não

Retirada de Adornos: () Sim () Não

Precaução: () Sim () Não () Contato () Gotículas () Aerossóis

Termo de Consentimento assinado: () Sim () Não

Risco Cirúrgico: () Sim () Não

Demarcação de Lateralidade: () Sim () Não () Não se aplica

AVP: () Sim () Não Membros: () MSE () MSD

Exame Laboratoriais: () Sim () Não Qual data foi realizado?

Exame de Imagem: () Sim () Não Qual data foi realizado?

Reserva de Hemoderivados: () Sim () Não () Não se aplica

Alergia: () Sim () Não

Condições de pele: () Íntegra () Com lesão

Uso de anticoagulante: () Sim () Não

Realização de Teste Rápido (SWAB) – Covid 19: () Sim () Não

Sinais Vitais: PA:

FC:

TAX:

OBS: Verificar 30 minutos antes do paciente ir para o Centro Cirúrgico.

OBSERVAÇÕES

CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PRÉ- OPERATORIO



SETOR:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data De Nascimento:

Idade:

Sexo:

Data de Admissão:

Horário da checagem com o paciente:

CHECKLIST

Pulseira de Identificação: () Sim () Não

Nível de Consciência: () Consciente () Orientado () Desorientado () Confuso

Tricotomia: () Sim () Não () Não se aplica

Jejum: () Sim () Não

Banho com antisséptico: () Sim () Não

Retirada de Próteses Dentária: () Sim () Não () Não se aplica

Unhas sem esmaltes: () Sim () Não

Retirada de Adornos: () Sim () Não

Precaução: () Sim () Não () Contato () Gotículas () Aerossóis

Termo de Consentimento assinado: () Sim () Não

Risco Cirúrgico: () Sim () Não

Demarcação de Lateralidade: () Sim () Não () Não se aplica

AVP: () Sim () Não Membros: () MSE () MSD

Exame Laboratoriais: () Sim () Não Qual data foi realizado?

Exame de Imagem: () Sim () Não Qual data foi realizado?

Reserva de Hemoderivados: () Sim () Não () Não se aplica

Alergia: () Sim () Não

Condições de pele: () Íntegra () Com lesão

Uso de anticoagulante: () Sim () Não

Realização de Teste Rapido (SWAB) – Covid 19: () Sim () Não

Sinais Vitais: PA:

FC:

TAX:

OBS: Verificar 30 minutos antes do paciente ir para o Centro Cirúrgico.

OBSERVAÇÕES

Assinatura/Carimbo – Responsável pelo Checklist

CONTROLE DE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTE - CME

DATA DO TESTE: ____/____/____ EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____ TURNO: _____ GRAU: _____
CIRURGIA: _____ FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____

INIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: (+) (-)

INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:

HORARIO DE LIBERAÇÃO DO MATERIAL: _____

FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____

OBS.: _____

DATA DO TESTE: ____/____/____ EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____ TURNO: _____ GRAU: _____
MATERIAIS: _____

INIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: (+) (-)

INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:

FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____

OBS.: _____



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

DATA: ____/____/____
 AUTOCLAVE _____
 HR ____:____

TURNO: _____
 TEC. _____
 ENFª RESP. _____

CARGA: _____
 GRAU: _____
 LOTE: _____

CARGA BIOLÓGICA: SIM () Não: ()

| TECIDOS | | HTO | | MATERIAIS DOS MÉDICOS | |
|------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|-----|
| | QNT | MATERIAL | QNT | CX INST DR. DANIEL MODESTO | QNT |
| PACOTE CIRÚRGICO | | CX PEQUENA CIRURGIA | | ALICATE DR. JAYRO | |
| CAMPO SIMPLES AVULSO | | CX SUTURA | | | |
| CAMPO DUPLO AVULSO | | CX BÁSICO PEDIÁTRICA | | | |
| CAMPO FENESTRADO | | PERFURADORA PNEUMÁTICA HTO | | | |
| CAPA PARA ARCO | | CX DE ANESTESIA | | | |
| CAPOTE AVULSO | | MATERIAL BUCOMAXILO | | | |
| | | BANDEJA DE AMPUTAÇÃO | | | |
| | | BANDEJA PEQUENOS OSSOS | | | |
| | | BÁSICO ORTOPÉDICO MAIOR | | | |
| MATERIAIS AVULSOS | | QNT | | | |
| BACIA | | INSTRUMENTAL ORTOPÉDICO | | | |
| TESOURA | | FACA DE BLAIR | | | |
| BANDEJA DE DEGERMAÇÃO | | | | | |
| BORRACHAS DE ASPIRAÇÃO | | | | | |
| CABO DE BISTURI | | | | | |
| CHAVE AVULSA | | | | | |
| CUBA REDONDA | | CONSIGNADOS | | | |
| CUBA RIM | | BIOSSINTESE | | ORION | |
| KIT DE CURATIVO | | MATERIAL | QNT | MATERIAL | QNT |
| CURETA | | | | | |
| PINÇA CHERON | | | | | |
| PINÇA ADSON | | | | | |
| PINÇA DISECÇÃO | | | | | |
| GOIVA | | | | | |
| MARTELO | | | | | |
| REGULADOR DE FOCO | | | | | |
| OSTEÓTOMO | | | | | |
| ESPAÑHOLA | | | | | |
| PONTA DE ASPIRADOR | | | | | |
| RICARDÃO | | | | | |
| RUGINA | | | | | |
| CATETERISMO | | PIMMES | | | |
| AFASTADOR FARABEUFF | | MATERIAL | QNT | MATERIAL | QNT |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | OUTROS | | | |
| | | MATERIAL | QNT | MATERIAL | QNT |
| | | | | | |
| MATERIAIS DE CONSUMO | | QNT | | | |
| PCT COMPRESSAS | | | | | |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO | | | | | |
| ATADURA DE CREPE | | | | | |
| MALHA TUBULAR | | | | | |
| GAZES | | | | | |

Tecidos _____
 M. Avulsos _____

M. Consumo _____
 Caixas HTO _____

Caixas Médicos _____
 M. Consignados _____

DATA : ___ / ___ / _____ **RESPONSÁVEL:** _____

| CHECK LIST DO CENTRO CIRÚRGICO | | | | | | | |
|--|------|-----|------|-----|------|-----|-----|
| EQUIPAMENTOS | SO 1 | | SO 2 | | SO 3 | | OBS |
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | |
| FOCO DE TETO | | | | | | | |
| MESA CIRURGICA (COM CABO DE FORÇA E CONTROLE) | | | | | | | |
| APOIOS DE BRAÇO (COM CINTA PARA IMOBILIZAÇÃO) | | | | | | | |
| IMOBILIZADOR | | | | | | | |
| GASES DA REDE | | | | | | | |
| ASPIRADOR PORTATIL (COM FRASCOS E BORRACHA) | | | | | | | |
| MONITOR | | | | | | | |
| CABOS DO MONITOR (CABO DE FORÇA, MANGUITO P.A., ECG, SATURAÇÃO) | | | | | | | |
| BISTURI ELÉTRICO (CARRO, PEDAL BIPOLAR E PLACA DE BISTURI) | | | | | | | |
| PLACA DE BISTURI INFANTIL | | | | | | | |
| CARRO DE ANESTESIA (COM CAL SODADA) | | | | | | | |
| TRAQUÉIAS E BALÃO DO VENTILADOR MECÂNICO | | | | | | | |
| RODILHA | | | | | | | |
| UNIDADE VENTILATÓRIA ADULTO (COM TRAQUEIA, CONECTORES E MÁSCARA) | | | | | | | |
| UNIDADE VENTILATÓRIA INFANTIL (COM TRAQUEIA, CONECTORES E MÁSCARA) | | | | | | | |
| FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO | | | | | | | |
| KIT LARINGOSCÓPIO ADULTO (CABO; LAMINAS CURVAS E RETAS; Nº 2, 3 E 4) | | | | | | | |
| KIT LARINGOSCÓPIO INFANTIL (CABO; LÂMINAS CURVAS E RETAS; Nº 0, 1 E 2) | | | | | | | |
| MANGUITO INFANTIL | | | | | | | |
| BALA DE NITROGÊNIO | | | | | | | |
| MANÔMETRO | | | | | | | |
| MESA DE MAYO (2 UNIDADES) | | | | | | | |
| CONTROLE AR CONDICIONADO | | | | | | | |
| CAIXA DE DESCARTE E PERFUROCORANTES | | | | | | | |
| LIXEIRAS (COMUM E DESCARTÁVEL) | | | | | | | |
| SUORTE DE SORO | | | | | | | |
| HAMPER | | | | | | | |
| BANCO | | | | | | | |
| ESCADA PARA MESA CIRÚRGICA | | | | | | | |
| MESA DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO | | | | | | | |
| EXTENSÃO ELÉTRICA | | | | | | | |

| EQUIPAMENTO | SIM | NÃO | OBSERVAÇÕES |
|--|-----|-----|-------------|
| PROTETOR DE TIREÓIDE DE CHUMBO (4 unid.) | | | |
| AVENTAL DE CHUMBO (4 unid.) | | | |
| ÓCULOS PLUMBÍFEROS (4 unid.) | | | |
| BALAS DE NITROGÊNIO (8 unid.) | | | |
| PINÇA DE MAGUIL | | | |

| SRPA | | | |
|--|-----|-----|------------|
| EQUIPAMENTO | SIM | NÃO | OBSERVAÇÃO |
| MONITORES COM CABO DE FORÇA (4 UNIDADES) | | | |
| CABOS ECG (4 UNIDADES) | | | |
| CABOS DE PA (4 UNIDADES) | | | |
| CABOS DE OXÍMETRO DE PULSO (4 UNIDADES) | | | |
| CABOS DE TEMPERATURA (4 UNIDADES) | | | |
| TERMÔMETRO | | | |
| APARELHO DE PA (ESFIGMOMANOMETRO) | | | |
| ESTETOSCÓPIO | | | |
| GLICOSÍMETRO COM BATERIA | | | |
| CAIXA DE INTUBAÇÃO | | | |
| SUORTE DE SORO | | | |
| CAIXA DE INTUBAÇÃO | | | |
| AMBÚ | | | |
| LIXEIRAS (COMUM E INFECTANTE) | | | |
| CAIXA DE DESCARTE E PERFUROCORTANTES | | | |



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

ADMISSÃO: _____

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE,
_____, CPF:
_____ ESTEVE NESTA UNIDADE HOSPITALAR NA DATA DE
_____ COMO ACOMPANHANTE DO PACIENTE SUPRACITADO.

ASSISTENTE SOCIAL

COORDENAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
KAREN ANDRESSA CAVALCANTE CORREIA LIMA SALAZAR
MAT: 006097

CAXIAS (MA), _____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO/CAXIAS



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a). _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____ compareceu
à esta unidade de Saúde _____ para realização
_____ nesta data, no período ()
matutino, () vespertino, () noturno.

Chegada às ____ horas e saída às ____ horas.

Caxias, MA, _____ de _____ de 20 ____ .

Nome do médico
CRM



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS/MA – HTO
SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

RECEPTOR

Nome completo:

Nº do prontuário/Registro Hospitalar:

Enfermaria:

Leito:

Grupo ABO e Fator Rh:

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI):

BOLSA (S) DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUÍDAS / TRANSFUNDIDAS

| HEMOCOMPONENTE | Nº DA BOLSA | VOLUME | TIPAGEM ABO/Rh | TRANSFUNDIDA | |
|----------------|-------------|--------|----------------|--------------|-----|
| | | | | SIM | NÃO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

(PROVA CRUZADA)

Realizada

Compatível

Incompatível

Não Realizada

Observação:

Data: ____/____/____

Hora: ____:____ h

Nome do responsável pela realização
dos testes pré-transfusionais

INSTRUÇÕES: LEIA ANTES DE TRANSFUNDIR

- Esta etiqueta pode identificar mais de uma bolsa de hemocomponente, exceto concentrado de hemácias, neste caso será individual.
- Antes de administrar este produto, verifique:
 - A prescrição médica;
 - Se este é o hemocomponente solicitado;
 - A data de validade desta(s) bolsa(s);
 - Se o nome e o número de registro conferem com os dados acima;
 - Se os registros, tipagem ABO/Rh da(s) bolsas(s) conferem com os dados acima;
 - Se na(s) bolsa(s) está anotado "sorologia negativa".
- Preencha o campo superior desta etiqueta e assine.
- Mantenha esta etiqueta conectada a bolsa do hemocomponente até o fim da transfusão, e depois anexa-la ao prontuário do paciente.
- Este produto não pode ser utilizado em outro paciente (receptor) que não o acima identificado.
- Não administre nenhuma medicação pela linha de infusão deste produto.
- Apenas profissionais treinados podem manipular este produto.
- Caso haja qualquer discrepância, comunique imediatamente a agência transfusional.
- Não armazene hemocomponentes na enfermaria, mesmo que por curtos períodos.
- Se o hemocomponente não for utilizado, **DEVOLVER IMEDIATAMENTE À AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.**



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS/MA – HTO
SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)



RECEPTOR

PREENCHA O CAMPO ABAIXO E ANEXE AO PRONTUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi as instruções, conferi os dados do anverso desta etiqueta e iniciei a transfusão deste(s) produto(s).

Nome Legível: _____

Assinatura

Data: ____/____/____

Hora: ____:____ h

AO PRIMEIRO SINAL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. Suspenda imediatamente a transfusão;
2. Mantenha a linha de infusão venosa com SF 0,9%;
3. Informe ao médico do paciente;
4. Notifique a agência transfusional;
5. Envie a bolsa e nova amostra de sangue do receptor à agência transfusional;
6. Envie esta etiqueta à agência transfusional anotando:

Descreva a reação observada:

PARA USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

| HEMOCOMPONENTE ENVOLVIDO NA REAÇÃO | | <input type="checkbox"/> C.H <input type="checkbox"/> C.P <input type="checkbox"/> P.F.C <input type="checkbox"/> CRIO | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | | NÚMERO: _____ | | |
| Retipagem pós-reação adversa | Amostra (paciente pré-transfusional) | Amostra (paciente pré-transfusional) | Amostra (bolsa pré-transfusional) | Amostra (bolsa pré-transfusional) |
| ABO/Rh | | | | |
| TAD (Coombs Direto) | | | | |
| Prova Cruzada (maior com resíduo de unidade) | | | | |
| PA | | | | |
| Cultura | | | | |
| Identificação de? | | | | |

Evolução de
Enfermagem UTI

DATA: ___/___/___ DIH: _____

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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
4. localiza dor
3. Flexão hipertônica
2. Extensão hipertônica
1. Sem resposta**Resposta verbal**
5. Orientado
4. Desorientado e conversando
3. Palavras inapropriadas
2. Sons incompressíveis
1. Sem resposta**Escala de Richmond de Agitação-sedação- RASS:**

| | |
|--|--|
| (+4) agressivo (violento, perigoso) | (-2) sedação leve (desperta ao chamado por mais 10 sg) |
| (+3) muito agitado (remoção sem 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 (movimento 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 10 sg) | |

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 Inadequado: _____
Higienização bucal Adequada Inadequado: _____**7. COONG (cabeça, olhos , nariz, garganta) e região cervical:** PIC: _____ mmHg PPC: _____ mmHg DVE: Dreno: Tipo: _____Pupilas Isocóricas Anisocóricas Miose Midriase Discóricas Diâmetro: _____Fotorreatividade Pulpilar Presente Ausente Lagofthalmia 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 _____ ml/h Suspensa motivo _____ m/dia**9. Tórax** Simétrico Assimétrico Tonel Peito de pombo Peito escavado Cifoescoliose Outros: _____**10. Oxigenação:** Frequência respiratória: _____ irpm: SatO2 _____ % ETCO2 _____ % Eupneico Taquípnico Bradipneico Dispneico Padrão Cheyne-Stokes Padrão Kuss mau Padrão Biot MV 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 Puf: _____ h Vm: Tipo: _____ vc _____ VM _____ PEEP: _____ PS: _____ FIO2: _____

Descrição de sereção traqueal: _____

ATUALIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS:

Cânula de TQT: ___/___/___ SVD: ___/___/___ SNE: ___/___/___

CVC: ___/___/___ AVP: ___/___/___ EQUIPO: ___/___/___

11. Regulação vascular:

Frequência Cardíaca: _____ bpm PAM _____ mmHg PA _____ mmHg PIA _____ mmHg PPC _____ mmHg
 Normocárdico Bradicárdio Taquicárdio
 Normotenso Hipotenso Hipertenso
Pulso: Cheio Filiforme Rítmico Arritmico
Ausculta: BRRNF 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: _____
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 Cite: _____

14. Eliminação urinária:

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

15. Eliminação intestinal:

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

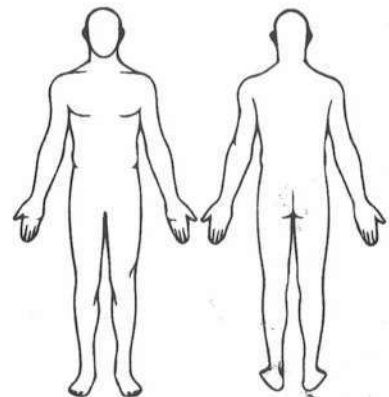
16. MMSS e MMI:

Paresia _____ Plegia _____ Paraplegia Tetraplegia Parestesia Fístula 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



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – ADULTO
FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

DADOS PESSOAIS

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____
Nome: _____
D. Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Peso: ____ Altura: ____
Diagnóstico: _____
Fisioterapeuta: _____
Médico plantonista: _____
Motivo da Admissão – HDA: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: ____ bpm FR: ____ imp PA ____x____ mmHg Tax: ____°C
Spo²: _____
Drenos / Sondas: _____
Edema: _____ Úlceras de Decúbito: () Não () Sim
Fraturas/Deformidades: Não () Sim (), qual: _____

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

() Eupneia () Taquipnéia () Bradpnéia
Padrão Ventilatório: _____
Deformidade Torácica: () Não () Sim Tiragens: () Não () Sim _____
Enfisema Subcutâneo: () Não () Sim Secreção: _____
Ausculta Pulmonar: _____
() AA () Oxigenoterapia: CN ____ l/min MNBZ ____ l/min M.R. ____ l/min
() VNI VM() TOT () N° ____ Posição ____ Dias de TOT: ____ Pressão Cuff
____ mmhg TQT () N° ____ Dias de TQT: ____ RX: _____

PARAMETROS VENTILATORIOS DA ADMISSÃO

MODO: _____ VC: ____ PIP: ____ PEEP: ____ FR: ____ FIO₂: ____ PS: ____
SaTO₂: ____ SENS: ____ FLUXO/TINS ____ I:E ____

DADOS GASOMÉTRICOS

Data: _____
pH: _____ (7,35 a 7,45)
PaO₂ ____ (80 a 100 mmHg)
PaCO₂ ____ (35 a 45 mmHg)
HCO₂ ____ (22 a 26 molEq)
BE _____ (+2 a -2)

Ficha de Admissão Pré - Hospitalar

| | |
|--|-------------------------------|
| [REDACTED] | |
| DATA DE INTERNAÇÃO: ___/___/___ | Nº PRONTUÁRIO: _____ |
| NOME DO PACIENTE: _____ | |
| IDADE: _____ | SEXO: () MASC. () FEM. |
| CIRURGIÃO: C _____ | |
| CLINICA: _____ | ENF. _____ |
| LEITO: _____ | HORA DA INTERNAÇÃO: _____ |
| PROCEDIMENTO CIRURGICO: _____ | |
| EXAMES ENTREGUES: | |
| () HEMOGRAMA COMPLETO | |
| () COAGULOGRAMA | |
| () GLICEMIA EM JEJUM | |
| () TIPAGEM SANGUINEA | |
| () RISCO CIRURGICO | |
| () USG DE: _____ | |
| () TC DE: _____ | |
| () RAIOS X DE: _____ | |
| () OUTROS: _____ | |
| EXAMES PENDENTES PRÉ - OPERATORIO: () SIM () NÃO | |
| QUAIS? _____ | |
| MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR: () NÃO () SIM, NOME DA MEDIÇÃO: _____ | |
| TABAGISTA? () NÃO () SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____ | |
| JÁ FUMOU? () NÃO () SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____ | |
| JÁ BEBEU? () NÃO () SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____ | |
| USO CRÔNICO DE OPIÓIDES E/OU ENTORPECENTES: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR: _____ | |
| ALERGIAS: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR: _____ | |
| PRESENTE DE TOSSE, DISPNEIA, SECREÇÃO OU ASSIM BRÔNQUICA: () NÃO () SIM ESPECIFICAR: _____ | |
| ELIMINAÇÃO URINARIA: () ESPONTÂNEA: _____ DIA. () POR Sonda _____ ML, COR ASPECTO _____ | |
| ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () PRESENTE: _____ DIA. () AUSENTE HÁ _____ DIAS. | |
| [REDACTED] | |
| PRONTUÁRIO: () SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO + FICHA DE ADMISSÃO: () FICHA DE PRESCRIÇÃO | |
| MEDICA ATUAL: EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM ATUAL (TEC = ENF.); () COPIA DE DOCUMENTO (RG , CPF, Cartão do SUS COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA); () EXAMES. | |
| PUNÇÃO VENOSA: () NÃO () SIM | LOCAL: _____ ABOCATH Nº _____ |
| PRÓTESE DENTARIA: () NÃO () SIM | |
| UNHAS ESMALTADAS: () NÃO () SIM | |
| LENTES: () NÃO () SIM | |
| TRICOTOMIA: () NÃO () SIM | |
| ADORNOS: () NÃO () SIM FOI RETIRADA E ENTREGUE AO RESPONSÁVEL: () NÃO () SIM. | |
| JEJUM: () NÃO () SIM DE _____ HORAS. | |
| PORTANDO SONDAS: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR. | |
| SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL PA.: ___/___ mmHg TAX: ___ ° F.C.: ___ bpm F.R.: ___ mrm SpO2: ___ % | |
| ENCAMINHO AO CC: | |
| DATA: ___/___/___ ÀS: ___ H: ___ mim. | _____ |
| ASSINATURA/CARIMBO | |

| | | |
|--|-------------|--------------------------------------|
| [REDACTED] | | |
| DATA DE INTERNAÇÃO: ___/___/___ HORA: ___ h: ___ mim.: | | |
| Porte de Cirurgia: () Pequeno () Médio () Grande | | |
| Nível do consiência: () Lúcido () Consciente () Torporoso () Desorientado () Comotoso | | |
| Paciente relata ou apresenta: () Ansiedade () apreensão () Nervosismo () Duvidas o procedimento | | |
| Deambulação: () Preservada () Prejudicada, Especificar: _____ | | |
| Cirurgias anteriores: () Não () Sim, Qual ? | | |
| PROCEDIMENTO: | | |
| HEMODERIVADOS | | |
| Solicitação hemoderivados: () não () sim (concentração de hemácias); confirmado: () não () sim | | |
| Uso de hemoderivados: () não () sim, especificar: _____ | | |
| [REDACTED] | | |
| CIRURGIA PROPOSTA: | | |
| PACIENTE CONFIRMOU IDENTIDADE. SITIO CIRURGICO, PROCEDIMENTO E CONSENTIMENTO: () SIM () NÃO | | |
| VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA? () SIM () NÃO | | |
| OXIMETRO DE PULSO DO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO ? () SIM () NÃO | | |
| VIA ÁREA DIFÍCIL / RISCO DE ASPIRAÇÃO ? () SIM () NÃO | | |
| RISCO DE PERDA SANGUINEA >500 ML (7ML/KG EM CRIANÇA) ? () SIM () NÃO | | |
| INCIO DE ANESTESIA _____ h _____ mim. | | Tipo de anestesia: |
| [REDACTED] | | |
| CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM | | |
| COFIRMAM VERBALMENTE: IDENTICAÇÃO DO PACEINTE () SIM () NÃO SITIO CIRURGICO () SIM () NÃO PROCEDIMENTO () SIM () NÃO | | |
| A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ULTIMOS 60 MINUTOS? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA | | |
| UTILIZAÇÃO DE BISTURI ELETRICO? () SIM () NÃO LOCAL PLACA: | | |
| SOLUÇÃO UTILIZADA PARA DESERDAÇÃO E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO: | | |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPO () POTENCIALMENTE CONTAMINADO () CONTAMINADO () INFECTADO | | |
| APARELHO DE RAIOS X UTILIZADA NA SALA? () SIM () NÃO | | LOCAL PLACA: |
| HISTOPATOLOGIA | | |
| PEÇA: | QUANTIDADE: | ENVIO AO LABORATÓRIO:() SIM () NÃO |
| DRENOS: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR | | |
| SONDA: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR | | |
| IRRIGAÇÃO VESICAL: () NÃO () SIM, ESPECIFICAR | | |
| CONTAGEM: ESTRUMENTAIS CIRURGIOS () SIM () NÃO COMPRESSAS () SIM () NÃO | | |
| ENCAMINHO AO RPA: DATA: ___/___/___ ÀS: ___ H: ___ mim. | | ASSINATURA/CARIMBO |
| [REDACTED] | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA; () LUCIDO () CONSIENTE () TORPOROSO () DESORIENTE () COMATOSO AGITADO () OUTROS | | |
| HIDRATAÇÃO VENOSA: () SIM () NÃO VOLUME: _____ SOLUÇÃO | | |
| ENCAMINHO AO RPA DATA: ___/___/___ ÀS: ___ H: ___ mim. | | ASSINATURA/CARIMBO |

| UNIDADE | | | | | |
|---|--------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------|---|
| ADMISSÃO/AVALIAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA UTI | | | | | |
| Nome: | | | Prontuário: | | |
| Nome Social: | | | Cartão do SUS: | | |
| Data de nascimento: / / | Idade: | | Sexo: () M () F | | |
| Profissão/ocupação: | | | | | |
| Diagnóstico: | | | | | |
| Admissão Hospitalar: / / | | Admissão na UTI: / / | | Avaliação inicial: / / | |
| HEMODINÂMICA | | | | | |
| PA: _____ FC _____ FR _____ SatO ₂ _____ % T _____ °C | | | | | |
| DVA – Sim () Não () _____ | | | Sedação – Sim () Não () _____ | | |
| ESTADO GERAL | | | | | |
| Edema: Sim () Não () Local: _____ | | | Anasarca () | | |
| Fadiga: Sim () Não () | | Dor: Sim () Não () Local: _____ | | | |
| CONDIÇÃO RESPIRATÓRIO | | | | | |
| TOT () TQT () VE () VE+CN O ₂ () VNI() | | | | | |
| AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA | | | | | |
| ECG: AO () RV () RM () = _____ RASS: _____ | | | | | |
| AVALIAÇÃO COGNITIVA | | | | | |
| Orientação Tempo x Espaço: S () N () _____ | | | | | |
| Fala: S () N () _____ | | | | | |
| Escrita / Leitura: S () N () _____ | | | | | |
| <p>Método de avaliação da confusão mental na UTI - CAM-ICU (Aplicável se houver risco de delirium)</p> <p>1. Há evidência de mudança no estado mental basal? S () N (). Esta mudança tem caráter flutuante? S () N ()</p> <p>2. Teste de Atenção: Ler em voz alta as seguintes letras: S – A – V – E – A – H – A – A – R – T e pedir para o paciente apertar a sua mão apenas quando ouvir a letra A. (Menos de 3 erros não há delirium)</p> <p>3. Alteração do Nível de Consciência: Sonolento/Comatoso/Agitado? RASS _____. (Se RASS ≠ de 0, há delirium).</p> <p>4. Pensamento Desorganizado: (2 ou mais erros, há delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma pedra flutua na água? Ou uma folha flutua na água? • No mar tem peixes? Ou tem elefantes? • Você pode usar um martelo para bater um prego? Ou um martelo para cortar madeira? <p>Observação: Delirium – Características 1 e 2 positivas; características 3 ou 4 presentes.</p> <p>Confusão Mental () Episódios de Delirium () Risco de Delirium () Sem alteração ()</p> | | | | | |
| AVALIAÇÃO FUNCIONAL | | | | | |
| Tônus: Normal () Hipertonia () Hipotonia () Flutuante () _____ | | | | | |
| Sensibilidade: Preservada () Alterada () _____ | | | | | |
| Praxia Fina: Preservada () Alterada () _____ | | | | | |
| MOVIMENTAÇÃO FUNCIONAL | | | DIR. | ESQ. | OBSERVAÇÕES |
| MMSS – O paciente é capaz de elevar o braço contra a gravidade, por aproximadamente 45°, com cotovelo estendido? | | | Sim () Não () | Sim () Não () | |
| MMII – O paciente é capaz de elevar a perna contra a gravidade, por aproximadamente 20°, com joelho estendido? | | | Sim () Não () | Sim () Não () | |
| CUIDADOS PESSOAIS | | I | SD | D | ESPECIFICAÇÕES |
| Alimentação | | | | | VO () SNE () SNG () GTT () Jejum () |
| Higiene Pessoal | | | | | Escova dentes () Penteia cabelo () Faz barba () Outros () |



MAPEAMENTO DE CIRURGIA - SISTEMA WARELINE

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____.

PACIENTE: _____ D N: ____/____/____.
 CIRURGIA: _____ LADO: () D () E . SALA: _____
 ENTRADA NA SO: ____:____H INÍCIO DE CIRURGIA): ____:____H HORÁRIO DA DURAÇÃO PREVISTA: _____
 TÉRMINO REAL (SUTURA): ____:____H TÉRMINO DA CIRURGIA (SAÍDA NA SO): ____:____H HORÁRIO DA DURAÇÃO REAL : _____
 CIRURGIÃO: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____ PRONTUÁRIO: _____
 CARÁTER:()ELETIVA:programada()URGÊNCIA:de 24 à 48h()EMERGÊNCIA:imediato até 24h

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO
 () LIMPA:Tecido estéril ou passível de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas
 () POTENCIAL. CONTAMINADA:Tecido colonizado por flora microbiana pouco numerosa ou de difícil descontaminação, ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou com falha técnica discreta
 () CONTAMINADA:Tecido traumatizado recentemente e aberto, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil descontaminação ou falha técnica grosseira, sem supuração local
 () INFECTADA:Tecido ou órgão, em presença de tecido infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja

CLASSIFICAÇÃO DO PORTE CIRÚRGICO:()I:até 2 horas()II:de 2 à 4 horas()III:de 4 à 6 horas()IV:acima de 6 horas

ASA: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO ANESTESISTA
 I- SAUDÁVEL ()
 II- COM DOENÇA SISTEMICA DISCRETA ()
 III- COM DOENÇA SISTEMA GRAVE COM LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE ()
 IV- COM DOENÇA SISTEMICA INCAPACITANTE COM AMEAÇA A VIDA ()
 V- COM MORTE CEREBRAL CUJOS ORGÃOS SERAM RETIRADOS COM FIM DE DOAÇÃO / DOADOR DE ORGÃO ()

| | |
|--|--|
| REOPERAÇÃO: () NÃO () SIM | ANATOMO-PATOLÓGICO () NÃO () SIM |
| USO DE PRÓTESE: () NÃO () SIM. QUAL? _____ | SANGUE: () NÃO () SIM _____ |
| OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO | ANTIBIÓTIK () NÃO SE APLICA () NÃO () SIM. QUAL? _____ HORA: ____:____ () EM USO |

DESTINO DO PACIENTE : () DOMICÍLIO () UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CLÍNICA () UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI () SRPA

EMPRESA / OPME:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN:

| DATA: ____ / ____ / ____ | MANHÃ/TARDE (SD) | | | | NOITE (SN) | | | |
|----------------------------------|------------------|---------|-------|-------|------------|---------|-------|-------|
| SUBSTÂNCIAS | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO |
| Amitriptilina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Alfentanila 0,544mg/ml | | | | | | | | |
| Bromazepam 3mg Comp. | | | | | | | | |
| Codeína 30mg Comp. | | | | | | | | |
| Carbamazepina 200 mg Comp. | | | | | | | | |
| Cetamina 50mg/ml | | | | | | | | |
| Clonazepam 0,5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2,5 mg/ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg/5 ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 40mg/20 ml | | | | | | | | |
| Dexmedetomidina 100mg/5ml | | | | | | | | |
| Diazepam 5mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg/2ml | | | | | | | | |
| Droperidol 0,5mg/ml | | | | | | | | |
| Etomidato 2mg/ml | | | | | | | | |
| Fenitoína 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenitoína 250mg/5 ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg/ml 2ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 40mg/20ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/2 ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/10 ml | | | | | | | | |
| Flumazenil 0,1mg/ml | | | | | | | | |
| Gabapentina 300 mg | | | | | | | | |
| Haloperidol 5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Haloperidol 20mg/20 ml gotas | | | | | | | | |
| Haloperidol 5mg/ml | | | | | | | | |
| Isoflurano 240 ml | | | | | | | | |
| Lorazepam 2mg Comp. | | | | | | | | |
| Metadona 5 mg | | | | | | | | |
| Metadona 10 mg | | | | | | | | |
| Midazolam 15mg/3 ml | | | | | | | | |
| Midazolam 50mg/10 ml | | | | | | | | |
| Morfina 0,2 mg/ml | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 30 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg/1ml | | | | | | | | |
| Morfina 1,0 mg/2ml | | | | | | | | |
| Morfina 2 mg/2ml | | | | | | | | |
| Naloxona 0,4mg/ml | | | | | | | | |
| Paracetamol+Codeína (500+30mg) | | | | | | | | |
| Propofol 10% frasco/Amp.ola 20ml | | | | | | | | |
| Risperidona 1mg Comp. | | | | | | | | |
| Remifentanila 2mg Amp. | | | | | | | | |
| Sevoflurano 250ml | | | | | | | | |
| Topiramato 100mg comp. | | | | | | | | |
| Topiramato 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg/ml ev | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg/2ml ev | | | | | | | | |

FARMACÊUTICO: _____

AUXILIAR: _____

OBSERVAÇÃO:

**LIVRO
DE
ENTRADA
DE
HEMOCOMPONENTES**

**LIVRO
DE
LIBERAÇÃO
DE
HEMOCOMPONENTES**

**LIVRO DE
TIPAGEM
SANGUÍNEA**



| MATERIAL OU MEDICAMENTO | QUANTIDADE | ENCONTRADO | REPOSTO | VALIDADE |
|------------------------------|------------|------------|---------|----------|
| CETAMINA 50MG/ML | 01 AMPOLA | | | |
| CLORRROMAZINA 25MG/5ML | 05 AMPOLAS | | | |
| CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100MG | 01 AMPOLA | | | |
| DEXMEDETOMIDINA 118MCG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| DIAZEPAM 5MG/ML 2ML | 05 AMPOLAS | | | |
| DROPERIDOL 2,5MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| ETOMIDATO 2MG/ML 10ML | 02 AMPOLAS | | | |
| FENITOÍNA 50MG/ML 5ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FENTANILA 78,5MG/ML 10ML | 05 AMPOLAS | | | |
| FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML | 02 AMPOLAS | | | |
| HALOPERIDOL 5MG/ML | 05 AMPOLAS | | | |
| MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML | 05 AMPOLAS | | | |
| MIDAZOLAM 5MG/ML 5ML | 01 AMPOLAS | | | |
| MORFINA 10MG/ML | 03 AMPOLAS | | | |
| NALOXONA 0,4MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| PROPOFOL 10MG/ML | 02 AMPOLAS | | | |
| TRAMADOL 50MG/ML 2ML | 02 AMPOLAS | | | |

REVISADO EM:

LACRE ROMPIDO:

LACRE NOVO:

VISTO FARMÁCIA:

VISTO ENFERMAGEM:

- 1 QUEBRAR O LACRE
- 2 RETIRAR O MEDICAMENTO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA
- 3 LEVAR O LACRE QUEBRADO E A PRESCRIÇÃO MÉDICA NA FARMÁCIA PARA RECEBER O NOVO LACRE E ATENDIMENTO DA PRESCRIÇÃO
- 4 LEVAR AS AMPOLAS VAZIAS DE PSICOTRÓPICOS PARA TROCA

| DATA: ____ / ____ / ____ | MANHÃ/TARDE (SD) | | | | NOITE (SN) | | | |
|----------------------------------|------------------|---------|-------|-------|------------|---------|-------|-------|
| SUBSTÂNCIAS | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO |
| Amitriptilina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Alfentanila 0,544mg/ml | | | | | | | | |
| Bromazepam 3mg Comp. | | | | | | | | |
| Codeína 30mg Comp. | | | | | | | | |
| Carbamazepina 200 mg Comp. | | | | | | | | |
| Cetamina 50mg/ml | | | | | | | | |
| Clonazepam 0,5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2,5 mg/ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg/5 ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 40mg/20 ml | | | | | | | | |
| Dexmedetomidina 100mg/5ml | | | | | | | | |
| Diazepam 5mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg/2ml | | | | | | | | |
| Droperidol 0,5mg/ml | | | | | | | | |
| Etomidato 2mg/ml | | | | | | | | |
| Fenitoína 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenitoína 250mg/5 ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg/ml 2ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 40mg/20ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/2 ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/10 ml | | | | | | | | |
| Flumazenil 0,1mg/ml | | | | | | | | |
| Gabapentina 300 mg | | | | | | | | |
| Haloperidol 5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Haloperidol 20mg/20 ml gotas | | | | | | | | |
| Haloperidol 5mg/ml | | | | | | | | |
| Isoflurano 240 ml | | | | | | | | |
| Lorazepam 2mg Comp. | | | | | | | | |
| Metadona 5 mg | | | | | | | | |
| Metadona 10 mg | | | | | | | | |
| Midazolam 15mg/3 ml | | | | | | | | |
| Midazolam 50mg/10 ml | | | | | | | | |
| Morfina 0,2 mg/ml | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 30 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg/1ml | | | | | | | | |
| Morfina 1,0 mg/2ml | | | | | | | | |
| Morfina 2 mg/2ml | | | | | | | | |
| Naloxona 0,4mg/ml | | | | | | | | |
| Paracetamol+Codeína (500+30mg) | | | | | | | | |
| Propofol 10% frasco/Amp.ola 20ml | | | | | | | | |
| Risperidona 1mg Comp. | | | | | | | | |
| Remifentanila 2mg Amp. | | | | | | | | |
| Sevoflurano 250ml | | | | | | | | |
| Topiramato 100mg comp. | | | | | | | | |
| Topiramato 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg/ml ev | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg/2ml ev | | | | | | | | |

FARMACÊTICO: _____

AUXILIAR: _____

OBSERVAÇÃO:

MAPA DE RECLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA - BOLSA

MÊS: _____ ANO: _____

| DATA | Nº | Nº BOLSA | Nº MACARRÃO | ABO RhD (BOLSA) | RETIPAGEM | | | TÉC. | BIOQ. / BIOM. |
|------|----|----------|-------------|--------------------|-----------|-------|------------|------|------------------|
| | | | | | ABO | Rh(D) | D FRACO | | |
| | 01 | | | | | | | | |
| | 02 | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | |
| | 09 | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | | |

Data: ____/____/____

Visto do Coordenador



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS/MA – HTO
SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)



MAPA DE TESTES DE COMPATIBILIDADE

MÊS: _____ ANO: _____

| DATA | Nº | NOME DO PACIENTE | ABO RhD | D FRACO | HEMO | Nº BOLSA | Nº MACA. | ABO RhD | PROVA CRUZADA | | TÉC. | BIOQ/BIOM |
|------|----|------------------|---------|---------|------|----------|----------|---------|---------------|-----|------|-----------|
| | | | | | | | | | PC1 | PC2 | | |
| | 01 | | | | | | | | | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | | |
| | 09 | | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | | |

Data: ____/____/____

Visto do Coordenador



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS/MA – HTO
SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)



MAPA DE TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS – PACIENTE

MÊS: _____ ANO: _____

| DATA | Nº | NOME DO PACIENTE | ABO | Rh(D) | D FRACO | P.A.I. | | T.A.D | | TÉC. | BIOQ/ BIOM |
|------|----|------------------|-----|-------|------------|--------|----|-------|---|------|------------|
| | | | | | | I | II | 1 | 2 | | |
| | 01 | | | | | | | | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | |
| | 09 | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | |

Data: ____/____/____

Visto do Coordenador

MAPA DA FISIOTERAPIA

NOME: _____ DN: ___/___/___ IDADE: ___ DIAGNÓSTICO: _____ . ADM: ___/___/___ . LEITO: _____

| DATA __/__/____ | MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA | VENTILAÇÃO MECÂNICA (Modelo: _____) VM: ___/___/___. | NEUROLÓGICO MOTOR | GASOMETRIA / BALANÇO HÍDRICO | DESMAME | CONDUTA | INTERCORRÊNCIAS/ PENDÊNCIAS |
|----------------------------------|---|--|---|---|--|--|--------------------------------|
| M A N H Ã | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___% DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___% V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ I:E: ___: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| T A R D E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___% DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___% V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ I:E: ___: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| N O I T E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___% DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___% V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ I:E: ___: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |

MAPA DA FISIOTERAPIA

NOME: _____ DN: __/__/__ IDADE: ____ DIAGNÓSTICO: _____ . ADM: __/__/__. LEITO: _____

| DATA __/__/____ | MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA | VENTILAÇÃO MECÂNICA (Modelo: _____) VM: __/__/__. | NEUROLÓGICO MOTOR | GASOMETRIA / BALANÇO HÍDRICO | DESMAME | CONDUTA | INTERCORRÊNCIAS/ PENDÊNCIAS |
|----------------------------------|---|--|---|---|---|--|--------------------------------|
| M A R H Ã | FC: __ PA: __ X __ FR: __ SpO ₂ : ____ % DVA:() Nora/Adren: __ () Dobuta/Dopa: __ () AA () CNO ₂ : __ l/min () Másc. Conc.: __ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: __ CL: __ Nº: __ DIAS DE TQT: __ MODO: _____ VC: __ P _{insp} : __ PS/ΔP: __ FR: __ PEEP: __ FiO ₂ : ____ % V _{MIN} : __ P _{PICO} : __ P _{PLATÔ} : __ C _{EST} : __ C _{DYN} : __ R _{VA} : __ Fluxo/T _{INSP} : __ l:E: __ Sens: __ Pressão Cuff: __ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: __ () Midazolan: __ () Ketamina: __ () BNM: __ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: __: __ h () EOT acidental: __: __ h () VNI: __: __ h | () Pronação Início: __: __ h Término: __: __ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| T A R D E | FC: __ PA: __ X __ FR: __ SpO ₂ : ____ % DVA:() Nora/Adren: __ () Dobuta/Dopa: __ () AA () CNO ₂ : __ l/min () Másc. Conc.: __ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: __ CL: __ Nº: __ DIAS DE TQT: __ MODO: _____ VC: __ P _{insp} : __ PS/ΔP: __ FR: __ PEEP: __ FiO ₂ : ____ % V _{MIN} : __ P _{PICO} : __ P _{PLATÔ} : __ C _{EST} : __ C _{DYN} : __ R _{VA} : __ Fluxo/T _{INSP} : __ l:E: __ Sens: __ Pressão Cuff: __ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: __ () Midazolan: __ () Ketamina: __ () BNM: __ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: __: __ h () EOT acidental: __: __ h () VNI: __: __ h | () Pronação Início: __: __ h Término: __: __ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| N O I T E | FC: __ PA: __ X __ FR: __ SpO ₂ : ____ % DVA:() Nora/Adren: __ () Dobuta/Dopa: __ () AA () CNO ₂ : __ l/min () Másc. Conc.: __ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: __ CL: __ Nº: __ DIAS DE TQT: __ MODO: _____ VC: __ P _{insp} : __ PS/ΔP: __ FR: __ PEEP: __ FiO ₂ : ____ % V _{MIN} : __ P _{PICO} : __ P _{PLATÔ} : __ C _{EST} : __ C _{DYN} : __ R _{VA} : __ Fluxo/T _{INSP} : __ l:E: __ Sens: __ Pressão Cuff: __ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: __ () Midazolan: __ () Ketamina: __ () BNM: __ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: __: __ h () EOT acidental: __: __ h () VNI: __: __ h | () Pronação Início: __: __ h Término: __: __ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |

MAPA DA FISIOTERAPIA - UTI

NOME: _____ DN: ___/___/___ IDADE: ___ DIAGNÓSTICO: _____ . ADM: ___/___/____. LEITO: _____

| DATA __/__/____ | MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA | VENTILAÇÃO MECÂNICA (Modelo: _____) VM: ___/___/___. | NEUROLÓGICO MOTOR | GASOMETRIA / BALANÇO HÍDRICO | DESMAME | CONDUTA | INTERCORRÊNCIAS/ PENDÊNCIAS |
|----------------------------------|---|--|---|---|--|--|--------------------------------|
| M A N H Ã | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: ___ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| T A R D E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: ___ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| N O I T E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: ___ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___ h () EOT acidental: ___:___ h () VNI: ___:___ h | () Pronação Início: ___:___ h Término: ___:___ h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |

MAPA DA FISIOTERAPIA - UTI

NOME: _____ DN: ___/___/___ IDADE: ___ DIAGNÓSTICO: _____ . ADM: ___/___/____. LEITO: _____

| DATA __/__/____ | MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA | VENTILAÇÃO MECÂNICA (Modelo: _____) VM: __/__/__. | NEUROLÓGICO MOTOR | GASOMETRIA / BALANÇO HÍDRICO | DESMAME | CONDUTA | INTERCORRÊNCIAS/ PENDÊNCIAS |
|----------------------------------|--|--|---|---|---|--|--------------------------------|
| M A N H Ã | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () JNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h | () Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| T A R D E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () JNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h | () Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |
| N O I T E | FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA:() Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____ | DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___ | ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () JNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV | pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____ | () TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h | () Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat. | |



SECRETARIA DE
SAÚDE



NOTIFICAÇÃO DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO - DO

Declaramos que, _____,
CPF: _____, grau de parentesco: _____, recebeu Declaração
de Óbito de nº _____ da paciente _____
_____, data de nascimento __/__/____
que esteve internado nesta unidade hospitalar no período de _____.
Residente na _____, leitura
e confirmação de dados preenchidos na D.O – Declaração de Óbito.

Caxias, ____ de ____ de 20__.

Serviço Social

Familiar / Responsável



ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

PACIENTES:

- DOCUMENTOS PESSOAIS ORIGINAIS E CÓPIAS (RG, CPF, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA);
- TRAZER TODOS OS EXAMES SOLICITADOS PELO MÉDICO – ATUALIZADOS (INFORMAR A DATA DE REALIZAÇÃO NO MOMENTO DO CONTATO TELEFÔNICO);
- INFORMAR USO DE MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NO MOMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM;
- INFORMAR CONDIÇÕES PESSOAIS (HIPERTENSÃO, PRESSÃO ALTA, DIABETES, CARDIOPATIA, ALERGIA, ASMA, PARALISIA MOTORA, AUTISMO, CÂNCER);
- INICIAR O JEJUM ÀS 20:00 H DO DIA ANTERIOR AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO A SER REALIZADO;
- CORTAR AS UNHAS DAS MÃOS E DOS PÉS, RETIRAR O ESMALTE DAS UNHAS;
- PROIBIDO O USO DE ADORNOS COMO (ANÉIS, CORDÃO, PULSEIRA, BRINCOS, ETC);
- SE A CIRURGIA FOR NA FACE (BUCOMAXILO) RETIRAR A BARBA, ASSIM COMO SE A CIRURGIA FOR NOS MEMBROS SUPERIORES;
- PROIBIDO TRAZER (LENÇOL, TRAVESSEIRO, ALMOFADA OU QUALQUER ROUPA DE CAMA);
- TRAZER MATERIAIS DE HIGIENE PESSOAL (SABONETE, PASTA, ESCOVA DE DENTES, SHAMPOO, CONDICIONADOR, DESODORANTE, ROUPA ÍNTIMA, TOALHA);
- TRAZER CARTÃO DE VACINA (CASO TENHA);
- OBRIGATÓRIO A PRESENÇA E PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE.

ACOMPANHANTES:

- SOMENTE MAIORES DE 18 ANOS (TRAZER IDENTIDADE – ORIGINAL);
- PROIBIDO O USO DE ADORNOS COMO (ANÉIS, CORDÃO, PULSEIRA, BRINCOS, ETC);
- CORTAR AS UNHAS DAS MÃOS E DOS PÉS;
- NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR OBJETOS PESSOAIS;
- TRAZER MATERIAIS DE HIGIENE PESSOAL (SABONETE, PASTA, ESCOVA DE DENTES, SHAMPOO, CONDICIONADOR, DESODORANTE, ROUPA ÍNTIMA, TOALHA);
- TRAJES: HOMENS – NÃO PODEM USAR BERMUDAS, REGATA, BONÉS;
- MULHERES – NÃO PODEM USAR ROUPAS DE ALÇA, TRANSPARENTES, DECOTADAS, SHORT CURTOS, SAIA OU VESTIDOS ACIMA DO JOELHO;
- CASO SEU PACIENTE VÁ PARA UTI O ACOMPANHANTE SERÁ ENCAMINHADO PARA SUA RESIDÊNCIA, NÃO SERÁ
- PERMITIDA A PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE NA UNIDADE ENQUANTO O PACIENTE PERMANECER NA UTI.



ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

PACIENTES:

- DOCUMENTOS PESSOAIS ORIGINAIS E CÓPIAS (RG, CPF, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA);
- TRAZER TODOS OS EXAMES SOLICITADOS PELO MÉDICO – ATUALIZADOS (INFORMAR A DATA DE REALIZAÇÃO NO MOMENTO DO CONTATO TELEFÔNICO);
- INFORMAR USO DE MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NO MOMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM;
- INFORMAR CONDIÇÕES PESSOAIS (HIPERTENSÃO, PRESSÃO ALTA, DIABETES, CARDIOPATIA, ALERGIA, ASMA, PARALISIA MOTORA, AUTISMO, CÂNCER);
- INICIAR O JEJUM ÀS 20:00 H DO DIA ANTERIOR AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO A SER REALIZADO;
- CORTAR AS UNHAS DAS MÃOS E DOS PÉS, RETIRAR O ESMALTE DAS UNHAS;
- PROIBIDO O USO DE ADORNOS COMO (ANÉIS, CORDÃO, PULSEIRA, BRINCOS, ETC);
- SE A CIRURGIA FOR NA FACE (BUCOMAXILO) RETIRAR A BARBA, ASSIM COMO SE A CIRURGIA FOR NOS MEMBROS SUPERIORES;
- PROIBIDO TRAZER (LENÇOL, TRAVESSEIRO, ALMOFADA OU QUALQUER ROUPA DE CAMA);
- TRAZER MATERIAIS DE HIGIENE PESSOAL (SABONETE, PASTA, ESCOVA DE DENTES, SHAMPOO, CONDICIONADOR, DESODORANTE, ROUPA ÍNTIMA, TOALHA);
- TRAZER CARTÃO DE VACINA (CASO TENHA);
- OBRIGATÓRIO A PRESENÇA E PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE.

ACOMPANHANTES:

- SOMENTE MAIORES DE 18 ANOS (TRAZER IDENTIDADE – ORIGINAL);
- PROIBIDO O USO DE ADORNOS COMO (ANÉIS, CORDÃO, PULSEIRA, BRINCOS, ETC);
- CORTAR AS UNHAS DAS MÃOS E DOS PÉS;
- NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR OBJETOS PESSOAIS;
- TRAZER MATERIAIS DE HIGIENE PESSOAL (SABONETE, PASTA, ESCOVA DE DENTES, SHAMPOO, CONDICIONADOR, DESODORANTE, ROUPA ÍNTIMA, TOALHA);
- TRAJES: HOMENS – NÃO PODEM USAR BERMUDAS, REGATA, BONÉS;
- MULHERES – NÃO PODEM USAR ROUPAS DE ALÇA, TRANSPARENTES, DECOTADAS, SHORT CURTOS, SAIA OU VESTIDOS ACIMA DO JOELHO;
- CASO SEU PACIENTE VÁ PARA UTI O ACOMPANHANTE SERÁ ENCAMINHADO PARA SUA RESIDÊNCIA, NÃO SERÁ
- PERMITIDA A PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE NA UNIDADE ENQUANTO O PACIENTE PERMANECER NA UTI.

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DO MARANHÃO

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

| | | | |
|---|-----------|--|---------------------|
| PACIENTE: | | | IDADE: |
| SETOR: | LEITO Nº: | Nº PRONTUÁRIO: | DATA DA INTERNAÇÃO: |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: | | | |
| JUSTIFICATIVA DE USO: | | | |
| ANTIBIÓTICOS: | | <input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINO 500mg/ml <input type="checkbox"/> AMPICILINA+SULBACTAM (1g+0,5mg) <input type="checkbox"/> MEROPENEM ()500mg ()1G <input type="checkbox"/> CEFEPIME ()1G ()2G <input type="checkbox"/> OXACILINA 500mg <input type="checkbox"/> CEFOTAXIMA 1G <input type="checkbox"/> PIPERACILINA+TAZOBACTAM (4G+0,5G) <input type="checkbox"/> CEFTAZIDIMA 1G <input type="checkbox"/> POLIMIXINA B 500.000 U.I. <input type="checkbox"/> CEFOXITINA 1G <input type="checkbox"/> TEICOPLAMINA ()200mg ()400mg <input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1G <input type="checkbox"/> VANCOMICINA ()500mg ()1g <input type="checkbox"/> CIPROFLOXACINO 200mg/100ml <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> IMIPENEM+CILASTATINA (500mg+500mg) | |
| <input type="checkbox"/> FLUCONAZOL 200mg/ml | | <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL | |
| <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B | | | |
| DOSE/VIA DE ADMINISTRAÇÃO: | | CULTURA: | |
| | | <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () EM ANDAMENTO | |
| TEMPO DE USO PRETENDIDO (DIAS): | | USA DISPOSITIVO INVASIVO: | |
| | | <input type="checkbox"/> SIM () NÃO QUAIS? | |
| MÉDICO(A) SOLICITANTE/CARIMBO: | | DATA DA SOLICITAÇÃO: | |
| | | | |
| PARECER DO INFECTOLOGISTA DA C.C.I.H. <input type="checkbox"/> LIBERADO () INDEFERIDO | | | |
| JUSTIFICATIVA/SUGESTÕES/AJUSTES: | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| ASSINATURA: | | DATA/HORA: | |
| REGISTRO FARMACÊUTICO | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO: | | DATA/HORA: | |
| | | | |

| Nome: | Prescrição de Enfermagem | Leito: | Horário | DATA: | Turmo: | ANOTAÇÕES |
|-------|--|--------|---------|-------|--------|-----------|
| | () Jejum às | | | | | |
| | () Verificar sinais vitais | | | | | |
| | () Banhar | | | | | |
| | () Realizar higiene oral x dia, turno | | | | | |
| | () Realizar ínfima x dia, turno | | | | | |
| | () Sentar cliente na poltrona (ou leito), x dia | | | | | |
| | () Observar e anotar as eliminações intestinais | | | | | |
| | () Realizar curativo | | | | | |
| | () Aspirar secreções de vias aéreas superiores | | | | | |
| | () manter grades elevadas | | | | | |
| | () Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico | | | | | |
| | () Observar e anotar aceitação alimentar | | | | | |
| | () Manter cabeceira elevada de 30° a 45° | | | | | |
| | () Promover ambiente calmo, relaxante e seguro | | | | | |
| | () realizar Mudança de Decúbito | | | | | |
| | () Avaliar e registrar presença de dor (EVA) | | | | | |

ESCALA DE DOR (EVA EEM)

MINHA DOR HOJE

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SEM DOR | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO |

MANHÃ

MINHA DOR HOJE

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SEM DOR | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO |

TARDE

MINHA DOR HOJE

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SEM DOR | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO | DESEMPENHO |

NOITE

Nome:

Leito:

DATA:

Turno:

ANOTAÇÕES

| ESCALADE MORSE FALL | | |
|---|--------------------|------------------|
| Histórico de Quedas | | |
| Não | 0 | |
| Sim | 20 | |
| Diagnóstico Secundário | | |
| Não | 0 | |
| Sim | 15 | |
| Auxílio na Deambulação | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | |
| Muletas/Bengala/Andador | 15 | |
| Mobilizador/Parade | 30 | |
| Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado | | |
| Não | 0 | |
| Sim | 20 | |
| Marcha | | |
| Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas | 0 | |
| Fraca | 15 | |
| Comprometida /Cambaleante | 20 | |
| Estado Mental | | |
| Orientado/Capaz quanto a sua Orientação | 0 | |
| Superestima capacidade/ Esquece limitações | 15 | |
| TOTAL: | | |
| Semirisco: 0-24 | Baixo risco: 25-44 | Alto risco: ≥ 45 |

ESCALADE BRADEN

| ESCALADE BRADEN | | | | |
|------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Percepção Sensorial | 1 - Total | 2 Muito limitado | 3 Leve limitado | 4 Nenhuma limitação |
| Unidade | 1 - Excessiva | 2 Muita | 3 Ocasional | 4 Rara |
| Atividade | 1 - Acamado | 2 Confinado à Cadeira | 3 Deamb. Limita | 4 Deamb. Frequent |
| Mobilidade | 1 - Imóvel | 2 Muito limitado | 3 Discreta limita | 4 Sem limitação |
| Nutrição | 1 - Deficiente | 2 Inadequada | 3 Adequada | 4 Excelente |
| Frigido e Cisalhamento | 1 - Problema | 2 Problema potencial | 3 Sem problema | |
| Semi Risco ≥ 19 | Risco Leve 15 a 18 () | Risco Moderado 13 e 14 () | Risco Alto ≤ 12 | Total |

ASSINATURA CARIMBO



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMACIA

2º VIA PACIENTE

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | |
|---------------------------|--------------------|
| NOME COMPLETO: _____ | |
| _____ | |
| CRM: _____ | UF: _____ Nº _____ |
| ENDEREÇO COMPLETO: _____ | |
| _____ | |
| CIDADE: _____ | UF: _____ |

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO:

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|-------------------------------|--|
| NOME COMPLETO: _____ | ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: __/__/____ |
| _____ | |
| RG: _____ | |
| ORG. EMISSOR: _____ UF: _____ | |
| ENDEREÇO COMPLETO: _____ | |
| _____ | |
| CIDADE: _____ UF: _____ | |
| TELEFONE: () _____ - _____ | |



RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE _____

JUSTIFICATIVAS

Relatório Explicativo de Horas Extras

Adoção de relatório explicativo de horas extras realizadas em conformidades com o Art. 61, § da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Justificativas de Hora Extra, por necessidade imperiosa de conclusão de serviço, tanto no atendimento à realização ou conclusão de serviço inadiáveis ou cuja inexecução possa acarretar prejuízo manifesto, ou substituições por falta do serviço do plantão.

Relatório Explicativo de Faltas e Atrasos.

Justificativas cuja inexecução possa acarretar manifesto ou substituição por falta do serviço de plantão.

Nome do Funcionário

Unidade de Trabalho

Matrícula

Função

____/____/____
Data do Evento

JUSTIFICATIVA

Data ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Responsável pela Autorização

Deferimento do Responsável pelo RH/INVISIA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDADE:

SEXO: () FEM. () MASC.

ENDEREÇO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ESTE EXAMES É PAGO PELO O SUS
É PROIBIDO A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

| DATA: / / | MANHÃ/TARDE (SD) | | | | NOITE (SN) | | | |
|----------------------------------|------------------|---------|-------|-------|------------|---------|-------|-------|
| SUBSTÂNCIAS | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO | SALDO | ENTRADA | SAÍDA | SALDO |
| Amitriptilina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Alfentanila 0,544mg/ml | | | | | | | | |
| Bromazepam 3mg Comp. | | | | | | | | |
| Codeína 30mg Comp. | | | | | | | | |
| Carbamazepina 200 mg Comp. | | | | | | | | |
| Cetamina 50mg/ml | | | | | | | | |
| Clonazepam 0,5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clonazepam 2,5 mg/ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Clorpromazina 25mg/5 ml | | | | | | | | |
| Clorpromazina 40mg/20 ml | | | | | | | | |
| Dexmedetomidina 100mg/5ml | | | | | | | | |
| Diazepam 5mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Diazepam 10 mg/2ml | | | | | | | | |
| Droperidol 0,5mg/ml | | | | | | | | |
| Etomidato 2mg/ml | | | | | | | | |
| Fenitoína 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenitoína 250mg/5 ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg Comp. | | | | | | | | |
| Fenobarbital 100mg/ml 2ml | | | | | | | | |
| Fenobarbital 40mg/20ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/2 ml | | | | | | | | |
| Fentanil 0,05mg/10 ml | | | | | | | | |
| Flumazenil 0,1mg/ml | | | | | | | | |
| Gabapentina 300 mg | | | | | | | | |
| Haloperidol 5 mg Comp. | | | | | | | | |
| Haloperidol 20mg/20 ml gotas | | | | | | | | |
| Haloperidol 5mg/ml | | | | | | | | |
| Isoflurano 240 ml | | | | | | | | |
| Lorazepam 2mg Comp. | | | | | | | | |
| Metadona 5 mg | | | | | | | | |
| Metadona 10 mg | | | | | | | | |
| Midazolam 15mg/3 ml | | | | | | | | |
| Midazolam 50mg/10 ml | | | | | | | | |
| Morfina 0,2 mg/ml | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 30 mg Comp. | | | | | | | | |
| Morfina 10 mg/1ml | | | | | | | | |
| Morfina 1,0 mg/2ml | | | | | | | | |
| Morfina 2 mg/2ml | | | | | | | | |
| Naloxona 0,4mg/ml | | | | | | | | |
| Paracetamol+Codeína (500+30mg) | | | | | | | | |
| Propofol 10% frasco/Amp.ola 20ml | | | | | | | | |
| Risperidona 1mg Comp. | | | | | | | | |
| Remifentanila 2mg Amp. | | | | | | | | |
| Sevoflurano 250ml | | | | | | | | |
| Topiramato 100mg comp. | | | | | | | | |
| Topiramato 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 50 mg/ml ev | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg Comp. | | | | | | | | |
| Tramal 100 mg/2ml ev | | | | | | | | |

FARMACÊUTICO: _____

AUXILIAR: _____

OBSERVAÇÃO:



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HTO

Guia Médica para Hemocomponentes

SOLICITAÇÃO DE SANGUE / HEMOCOMPONENTES

Nome Completo do Paciente: _____ DN: ____/____/____

Nome da Mãe _____ SUS: _____

Sexo: () Fem () Masc. Nº do Prontuário: _____

Endereço: _____ Cep: _____ Município: _____

Telefone: _____ Já foi transfundido: S () N () Peso: _____ Grupo/Sanguíneo/Rh: _____

Diagnóstico: _____

() Centro Cirúrgico () Clínica Médica () Recuperação () UTI () ALA TÉRREO () ALA 1º PISO () ALA PEDIATRIA

Hemocomponente (s) solicitado (s)

| | | |
|---|---|--|
| Hemocomponente (s) solicitado (s) Conc. de Hemácias () Vol.: _____ / Quant.: _____ () Deleucocitado ou filtrado () Lavado () irradiado | Conc. de Plaquetas () Vol.: _____ / Quant.: _____ () Deleucocitado ou filtrado () irradiado | Plasma Fresco Cong. () Vol.: _____ / Quant.: _____ () Crioprecipitado |
|---|---|--|

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão

Data do último exame laboratorial: ____/____/____
Hb: _____ Ht: _____ Nº de Plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____
OBS.: _____
Transfusões prévias? () SIM () NÃO Teve reações transfusional? () SIM
() NÃO Qual tipo? _____
Antecedentes Gestacionais em números: Gesta () Parto () Aborto ()

Tipos de Transfusão

() Programada dia: ____/____/____, Hora: _____
() De rotina (dentro de 24 horas)
() De urgência (dentro de 3 horas)
() De emergência (qualquer retardo acarretará risco de vida)

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura / Nome Completo e Carimbo do Médico

UMA REQUISIÇÃO INCOMPLETA, INADEQUADA E ILEGÍVEL NÃO DEVE SER ACEITA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

AS TRANSFUSÕES DEVEM SER REALIZADAS, PREFERENCIALMENTE, NO PERÍODO DIURNO

(RDC 158/2016 – MINISTERIO DA SAÚDE)

Em cumprimento à Resolução – PORTARIA Nº 158, PUBLICADA EM 04/02/2016 (que substitui a RDC Nº 34/2014-MS), é obrigatória a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO + Rh e 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 **IMPRESINDÍVEL** o preenchimento do Termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o(a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunohematológicas. O paciente está sob minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem demora na liberação do Hemocomponente solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem as 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 ESTA 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 TRANSFUÇÃO DE SANGUE DO HETEROGRUPO COMPATÍVEL.

() DECLARO ESTA CIENTE DO PROBLEMA IMUNOHEMATOLÓGICO DO SANGUE DO PACIENTE A QUEM ESTOU PRESTANDO ASSISTÊNCIA MÉDICA, CABE-ME A AUTORIZAÇÃO DO SANGUE MENOS COMPATÍVEL PELA IMPERATIVA NECESSIDADE DE TRATAMENTO QUE O CASO REQUER.

Data ___/___/___ Hora ___ : ___

_____ Assinatura e carimbo do médico

USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Entregue por: _____

Recebido por: _____

Hora: _____ Data ___/___/___

Área exclusiva

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HTO

SOLICITAÇÃO ATENDIDA (INFUNDIDA): S () N ()

Quant: () CH: () PFC: () CP: ()

DATA : ___/___/___ ASS: _____



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA DE CAXIAS – HTO CAXIAS
SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)



SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

C. HEMÁCIAS

| G.S | Rh | Quantidade |
|-----|-----|------------|
| A | + | |
| A | NEG | |
| B | + | |
| B | NEG | |
| AB | + | |
| AB | NEG | |
| O | + | |
| O | NEG | |

PLASMA

| G.S | Rh | Quantidade |
|-----|-----|------------|
| A | + | |
| A | NEG | |
| B | + | |
| B | NEG | |
| AB | + | |
| AB | NEG | |
| O | + | |
| O | NEG | |

C. DE PLAQUETAS

| G.S | Rh | Quantidade |
|-----|-----|------------|
| A | + | |
| A | NEG | |
| B | + | |
| B | NEG | |
| AB | + | |
| AB | NEG | |
| O | + | |
| O | NEG | |

CRIO-PRECIPITADO

| G.S | Rh | Quantidade |
|-----|-----|------------|
| A | + | |
| A | NEG | |
| B | + | |
| B | NEG | |
| AB | + | |
| AB | NEG | |
| O | + | |
| O | NEG | |

CONTROLE DE TEMPERATURA

Saída do Hospital:

Chegada Hemomar:

Saída do Hemomar:

Caxias – MA, ___/___/___

BIOQUIMICO PLANTONISTA



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

| | | | |
|---|--------|--|---------------------|
| NOME DO PACIENTE: | | | IDADE: |
| SETOR: | LEITO: | Nº PRONTUÁRIO | DATA DA INTERNAÇÃO: |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: | | | |
| JUSTIFICATIVA DE USO: | | | |
| ANTIBIÓTICOS: () ACICLOVIR 250mg () AMPICILINA/SUBACTAM 1+0,5g () CEFEPIME () 1G () 2G () CEFOTAXIMA 1G () CEFTAZIDIMA 1G () CEFOXITINA 1G () CEFTRIAXONA 1G () CIPROFLOXACINO 200mg/100ml OU ____mg () GENTAMICINA 40 mg () OXICILINA 500mg () CEFALOTINA 1G () Outro _____ | | | |
| () FLUCONAZOL 200mg/100ml OU ____mg () IMIPENEM/CILASTATINA 500+500mg () LEVOFLOXACINO 500mg/ml () MEROPENEM () 500mg () 1G () MICAFLUGINA 100mg () PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4+0,5G () POLIMIXINA B 500.000 UI () TEICOPLAMINA () 200mg () 400mg () VANCOMICINA () 500mg () 1g () GLARITOMICINA 500mg () CLINDAMICINA | | | |
| OUTROS MEDICAMENTOS: () ALBUMINA 200g/l () ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL () ANFOTERICINA B | | | |
| DOSE/VIA DE ADMINISTRAÇÃO: | | CULTURA: () SIM () NÃO () EM ANDAMENTO | |
| TEMPO DE USO PRETENDIDO: | DIAS: | USA DISPOSITIVO INVASIVO: () SIM () NÃO QUAIS? | |
| MÉDICO(A) SOLICITANTE/CARIMBO: | | DATA DA SOLICITAÇÃO: | |
| PARECER DO INFECTOLOGISTA DA CCIH () LIBERADO () INDEFERIDO | | | |
| JUSTIFICATIVA/SUGESTÕES/AJUSTES: _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | | |
| ASSINATURA: | | DATA: | |
| REGISTRO FARMACÊUTICO | | | |
| OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____ | | | |
| ASSINATURA: | | DATA: | |

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

TERMO DE RESPONSABILIDADE E ORIENTAÇÕES AO ACOMPANHANTE

Eu, acompanhante do (a) paciente _____, internado nesta unidade hospitalar, afirmo que recebi informações sobre os critérios estabelecidos para acompanhante no contexto da Pandemia da COVID19 e preencheri o checklist abaixo de forma espontânea, sem restar quaisquer dúvidas sobre o atendimento deste termo.

- Posso idade acima de 18 anos e menor que 59 anos;
- Não sou portador(a) de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, obesidade, ...)
- Afirmo estar bem de saúde e sem sintomas sugestivos de COVID-19: coriza, dor de garganta, tosse, febre, falta de ar, dor no corpo, perda de paladar/olfato, ou diarreia nos últimos 14 dias, comprometendo-me a informar aos profissionais de saúde caso apresente algum desses sintomas durante minha permanência neste hospital;
- Não tiver contato íntimo ou domiciliar com suspeito ou confirmado de COVID-19;
- Não tenho teste de swab/nariz positivo para a COVID-19 nos últimos 14 dias;
- Fui orientado(a) e comprometo-me a utilizar a máscara durante toda a permanência no hospital e a higienizar frequentemente as mãos como medida de proteção contra COVID-19;
- Fui orientado(a) a permanecer junto ao leito do meu familiar/paciente; não me aproximar de outros leitos e não ter contato físico com outros pacientes ou acompanhantes, estando ciente de que é proibido circular nas dependências interna e externa sem autorização;
- Estou ciente de que a troca de acompanhante é de 24 horas, implica em expor meu familiar/paciente ao risco de infecção pela COVID-19 tendo em vista que acompanhantes se mantêm expostos ao ambiente externo;
- Estou ciente de que a troca/permanência de acompanhantes poderá ser suspensa caso seja registrado algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19 na unidade, para avaliação da evolução dos contactantes/pacientes, estando ciente que como acompanhante contactante de caso suspeito ou confirmado deverei manter-me em isolamento domiciliar;
- Caso a equipe identifique que apresento sintomas gripais (tosse, coriza, obstrução nasal ou espirros), poderei ter meu acesso à unidade negado, ou será solicitada minha retirada das dependências da unidade, como medida de proteção a todos os usuários e profissionais;

Declaro a veracidade de todas as informações acima respondidas e comprometo-me a informar demais familiares acerca deste termo.

Caxias (MA), ____/____/____

Assinatura do acompanhante

CPF: _____

Assinatura do profissional

CPF: _____



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRURGICO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

FM.CC.001-00

PACIENTE

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Observação: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Responsável ou Representante Legal.

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Grau de Parentesco: _____

1. Declaro que o médico _____ CRM Nº _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: **Infecção (frequente em função de déficit circulatório local); Necrose do Coto; Neuromas (pequeno nódulo no local do corte do nervo); Causalgia (dor no coto, mais intensa a noite); Dor do membro fantasma (sensação de que o membro não foi amputado); manchas escuras no local e até raramente óbito.** Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive as respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.
4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.
5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Assim, declaro que agora estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Após ter lido e compreendido as informações deste documento, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização do procedimento acima descrito.

São Luís – MA, _____ de _____ de _____ Hora _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Médico Responsável

Médico Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
() Declaro que, devido a situação de emergência não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Comprometo-me a discutir e esclarecer as questões relacionadas ao evento com o paciente ou sua família posteriormente **(em situação de Emergência, dois médicos devem assinar)**.

São Luís, _____ de _____ de _____.

REVOGAÇÃO: São Luís – MA, ____/____/____ Hora _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

PACIENTE

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Observação: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Responsável ou Representante Legal.

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____

Dt. de Nascimento: _____ Identidade Nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

Grau de Parentesco: _____

EQUIPE DE ANESTESIOLOGISTA (S): Jean Ferreira Cruz, Agripino Gomes Campos Neto, Mario Ricardo Gonçalves Anchieta, Luiz Henrique Araújo Costa.

PROCEDIMENTO

Cirúrgico/Diagnósticos _____

Data de Cirurgia/Procedimento ____/____/____ Hora ____:____

Declaro, para fins legais:

1. Que estou ciente que, a meu (nosso) pedido, estarei (o paciente denominado acima estará) sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, a ser aplicada pelo (s) Anestesiologista (s) acima denominados;
2. Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me (o) examinou, tendo a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias à minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual submeter-me-ei (submeter-se-á);
3. Que reconheço (reconhecemos) que o (s) Médico (s) Anestesiologista (s) que aplicará (rão) a anestesia exerce (m) atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
4. Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me (o) examinou todas as informações relativas as condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), sem qualquer fato ou elemento, informações estas que forem transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
5. Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico;
6. Que meu internamento (internamento do paciente) no Hospital de Traumatologia e Ortopedia deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho (temos) conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internamento como um todo;
7. A presente declaração foi lida e compreendida em todos seus termos. Assim, declaro que agora estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Após ter lido e compreendido as informações deste documento, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização do procedimento acima descrito.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Caxias-MA, _____ de _____ de _____ Hora _____:_____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Médico Responsável

Médico Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
() Declaro que, devido a situação de emergência não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Comprometo-me a discutir e esclarecer as questões relacionadas ao evento com o paciente ou sua família posteriormente **(em situação de Emergência, dois médicos devem assinar)**.

Caxias-MA, _____ de _____ de _____.

REVOGAÇÃO: Caxias – MA, ____/____/____ Hora _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Quando o risco for excepcional, diante das condições do paciente, é de bom alvitre que os mesmos sejam devidamente expostos neste ponto do documento



SECRETARIA DE SAÚDE



TERMO DE DISPENSA DE ACOMPANHANTE

Eu, _____,

nacionalidade: _____, Estado civil: _____,

profissão: _____, inscrito no CPF

nº _____ e RG nº _____, residente e

domiciliado no endereço: _____

Venho, declarar, para os devidos fins, que estou ciente do direito ao acompanhante previsto nos termos do **Art. 4º, V e VI da Portaria nº1.820/2009** do Ministério da Saúde e assegurado por lei em casos específicos, á saber: *gestantes (Leis ns. 8.069/90 e 11.108/05); idosos (Lei n. 10.741/03 – Estatuto do Idoso); portadores de deficiência (Lei n. 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) e crianças e adolescentes (Lei n. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)*

De certo que, no âmbito hospitalar, me foi garantido o direito de ser acompanhado (a) por pessoa de minha livre escolha, contudo, eu solicito que seja dispensado o meu acompanhante, bem como, venho por meio deste, informar ao Hospital que não quero acompanhamento de terceiros durante os procedimentos hospitalares.

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA



SECRETARIA DE
SAÚDE



TERMO DE RESPONSABILIDADE

PACIENTE: _____

Dessa forma, o paciente e/ou seu responsável abaixo assinado autorizam pelo presente documento, a internação do primeiro nos termos abaixo especificados.

- a) A assinatura do presente termo pelo responsável ou pelo paciente indica a aceitação do tratamento clínico inicialmente proposto autorizando a realização de todos os exames e procedimentos necessários ao cumprimento da proposta. Além disso, em caso de assinatura por responsável, ao mesmo caberá a tomada de decisões em impossibilidade do paciente.
- b) O paciente ou seu responsável legal deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar o RG e cartão SUS do paciente no ato da internação. Todo paciente deverá ter no ato da internação, um responsável para assinar os termos necessários para internar no Hospital de Traumatologia e Ortopedia de Caxias -MA.
- c) O Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO -Caxias/MA prestará atendimento médico hospitalar ao paciente de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, administrar medicamentos e proceder, enfim, com todos os atos necessários ao perfeito atendimento.
- d) O Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO -Caxias/MA reconhece que o médico plantonista assistente e os demais integrantes da equipe multiprofissional: enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem são os responsáveis pela condução do tratamento ministrado ao paciente internado. Sendo todos os procedimentos realizados nos pacientes assistidos subordinados às diretrizes traçadas por toda equipe responsável pela enfermagem.
- e) A proposta de tratamento especializado ou exames laboratoriais pelos quais o paciente for submetido, bem como seus benefícios e riscos, serão explicados durante os cuidados assistenciais pela equipe multiprofissional sendo concedida ao paciente e/ou responsável no decorrer do tratamento oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre esclarecido.
- f) Durante a internação os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento do Hospital e da Enfermagem assim como aqueles referentes ao controle de infecção hospitalar. As normas serão estabelecidas por nossa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).



SECRETARIA DE SAÚDE



- g) No momento da alta a condução do paciente deverá ocorrer preferencialmente pelo familiar e/ou responsável. Em caso de impossibilidades a pessoa responsável deverá informar o nome de quem o substituirá e este deve vir munido de seus documentos originais

O responsável pelo paciente atesta que foi acolhido e orientado por pelo menos um dos membros do serviço social Equipe Multiprofissional acerca do presente Termo de Responsabilidade do qual expresse conhecimento, obrigando-se ao seu fiel cumprimento.

Ciente em __/__/____

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

ENDEREÇO: _____

_____.

TELEFONE: () _____ / () _____

ASSINATURA E CARIMBO
DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO TERMO



TERMO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE EXAMES DO PRONTUÁRIO

Eu, _____
Portador (a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente no endereço _____
_____ solicito cópia dos exames do
prontuário nº _____ pertencente ao (à) paciente _____
_____ para fins de _____

_____.

Prazo de entrega a contar 15 dias uteis após essa data.

Caxias, ___ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

Contato:

Ciente: _____.

Hospital de Traumatologia e Ortopedia de Caxias – MA

Travessa Quininha Pires, 805 – Centro, Caxias - MA

**ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS - MA**

TERMO DE RESPONSABILIDADE – TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA, EU _____
FUNÇÃO _____, GOSTARIA DE TROCAR DE PLANTÃO DO DIA
_____/_____/_____ TURNO _____ PARA O DIA ____/____/____ TURNO
_____/_____/_____ COM _____ POR MOTIVOS
EXTRAORDINÁRIOS, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE POR MINHA DECISÃO, SENDO QUE ESTA EMPRESA NÃO POSSUI
QUALQUER PARTICIPAÇÃO NESTA SOLICITAÇÃO, FICANDO A SEU CRITÉRIO ACATÁ-LO OU NÃO.

CAXIAS-MA, ____/____/____

COORDENADOR _____

RH _____

- A troca de plantão deverá ser entregue com 72 horas de antecedência, sendo que só será validada depois de protocolado no setor da entrega e avaliado pelo sistema (obedecendo as regras de troca de plantão e carga horária).
- Em caso da falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.
- Será permitida apenas 5 trocas de plantão no mês, devendo ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês de troca

**ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS - MA**

TERMO DE RESPONSABILIDADE – TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA, EU _____
FUNÇÃO _____, GOSTARIA DE TROCAR DE PLANTÃO DO DIA
_____/_____/_____ TURNO _____ PARA O DIA ____/____/____ TURNO
_____/_____/_____ COM _____ POR MOTIVOS
EXTRAORDINÁRIOS, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE POR MINHA DECISÃO, SENDO QUE ESTA EMPRESA NÃO POSSUI
QUALQUER PARTICIPAÇÃO NESTA SOLICITAÇÃO, FICANDO A SEU CRITÉRIO ACATÁ-LO OU NÃO.

CAXIAS-MA, ____/____/____

COORDENADOR _____

RH _____

- A troca de plantão deverá ser entregue com 72 horas de antecedência, sendo que só será validada depois de protocolado no setor da entrega e avaliado pelo sistema (obedecendo as regras de troca de plantão e carga horária).
- Em caso da falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.
- Será permitida apenas 5 trocas de plantão no mês, devendo ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês de troca