

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 0116/2024

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 **06/03/2024 a 11/03/2024**, 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 semestral do Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos, em Bacabal/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **06/03/2024 a 11/03/2024**.

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

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

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

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br, no horário das 08h às 17h, dentro do período para envio das propostas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. As quantidade a ser entregue no hospital consta na plataforma de compras.

12.1. As quantidades solicitadas foram estimadas de acordo com as necessidades da unidade, podendo ocorrer variação na quantidade no momento da entrega. Neste caso poderão ser feitas solicitações complementares ou diminuição na quantidade dos itens solicitados para o fornecedor fazer as devidas entregas.

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 garantia dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 12 (doze) meses a partir da data de entrega 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 das normas da ABNT e do INMETRO, atendendo aos seguintes critérios:

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

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

17. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos produtos.

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

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
- d) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas na data da proposta;
- 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 por item, 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.**

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.

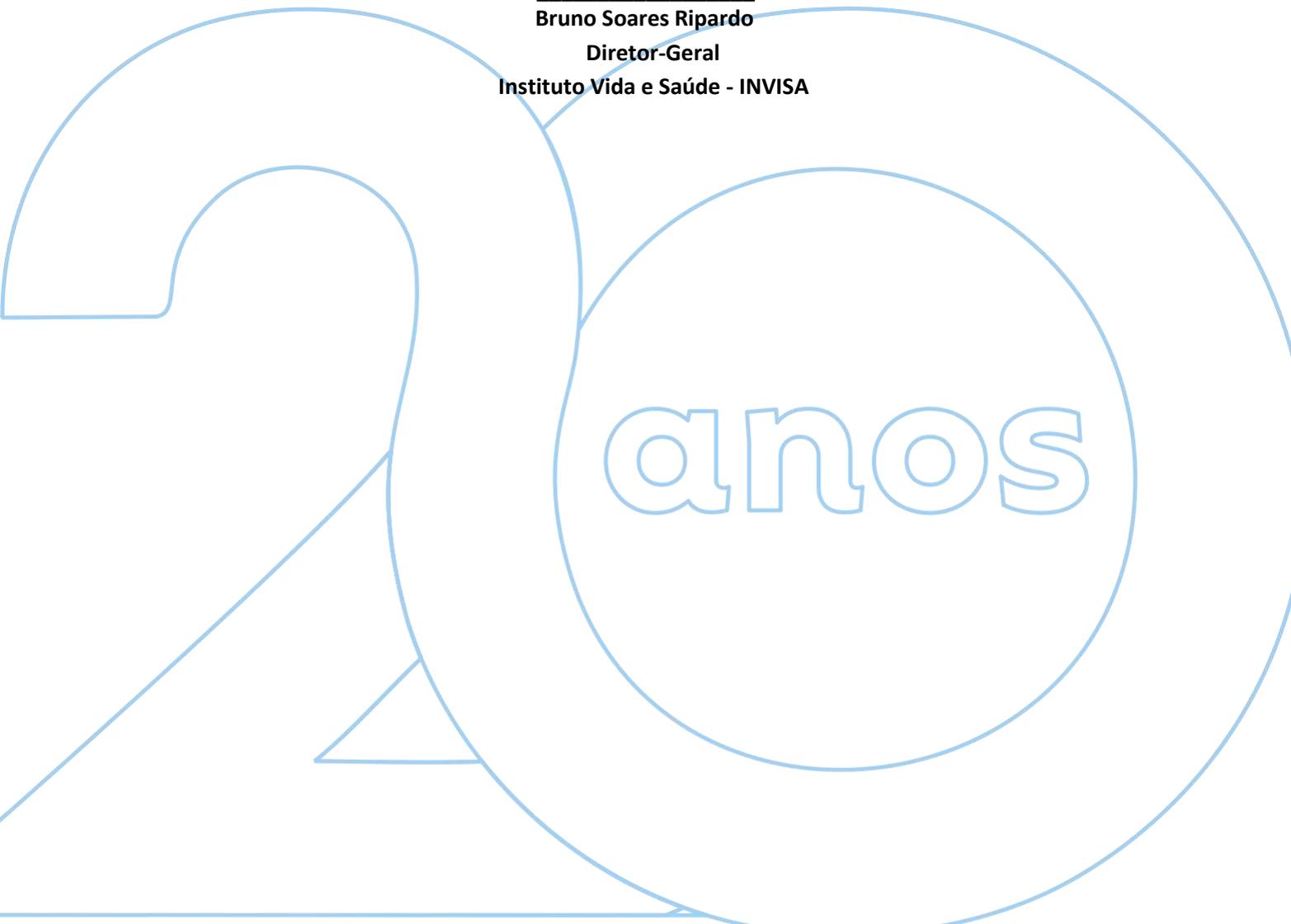
31. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.

32. O contrato é acessório ao principal (**CONTRATO DE GESTÃO nº 004/2016**) e futuros aditivos, que foram(em) realizados entre o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** e o Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Assim, se aquele contrato for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não ensejará nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica.

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, 06 de março de 2024.

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



20
anos



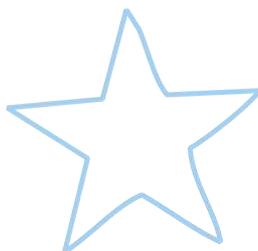
TERMO REFERÊNCIA

1. Quantidade estimada e especificações:

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

26	004306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
27	004315	CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HRLV, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
28	007152	CAPA DE PRONTUÁRIO DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M ² , OU MAIOR.	UNIDADE	60
29	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	80
30	004291	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
31	004288	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
32	004314	ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	1200
33	004317	ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
34	004319	ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
35	004316	ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	6000
36	004318	ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
37	004312	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
38	004290	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
39	004292	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
40	004289	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
41	004295	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
42	004293	FICHA ODONTOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
43	004297	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
44	004294	FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
45	004278	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
46	004305	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
47	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
48	004282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	360
49	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
50	004307	MATERIAL CONSIGNADO (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24

51	004285	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
52	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
53	004280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
54	004300	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
55	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	720
56	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
57	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	180
58	004281	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
59	004407	SAE - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BLOCO COM 100 UNIDADES.	BLOCO	540
60	004310	SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	340
61	004296	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
62	004299	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
63	004284	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
64	004302	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24



ANEXO I

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

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guariatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-3, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004287	AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	UNIDADE	120
2	004298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
3	004308	BÁSICA MÉDICA (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	36
4	008064	BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	180
5	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	180
6	007989	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ? SHF/CCIH 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	180
7	007099	BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	12000
8	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	36
9	008017	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	240

10	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL	BLOCO	120
11	006945	BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO	BLOCO	180
12	006943	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	60
13	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	360
14	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	180
15	004431	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	1000
16	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO, FRENTE	BLOCO	60
17	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	24
18	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	180
19	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELO NOVO), FRENTE	BLOCO	120
20	004286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	24
21	004303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	180
22	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	120
23	004452	BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA	BLOCO	180
24	007120	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	180
25	008062	BLOCO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ? 100X 1 - BRANCO E AZUL	UNIDADE	72
26	004306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
27	004315	CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HRLV, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
28	007152	CAPA DE PRONTUARIO DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M², OU MAIOR.	UNIDADE	60
29	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	80
30	004291	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
31	004288	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
32	004314	ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	1200
33	004317	ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
34	004319	ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400

35	004316	ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	6000
36	004318	ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
37	004312	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
38	004290	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
39	004292	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
40	004289	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
41	004295	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
42	004293	FICHA ODONTOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
43	004297	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
44	004294	FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
45	004278	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
46	004305	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
47	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
48	004282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	360
49	004283	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
50	004307	MATERIAL CONSIGNADO (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
51	004285	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
52	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
53	004280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
54	004300	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
55	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	720
56	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
57	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	180
58	004281	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	180
59	004407	SAE - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BLOCO COM 100 UNIDADES.	BLOCO	540

60	004310	SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	340
61	004296	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
62	004299	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
63	004284	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
64	004302	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24

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

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

4. A compra dos materiais será realizada mensalmente, de acordo com a quantidade necessária para atender a necessidade/demanda do mês, e serão 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 solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

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

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 0116/2024/MA.

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

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

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

2. A **CONTRATADA** deverá apresentar em até 07 (sete) dias corridos, contados da data de recebimento da Ordem de Fornecimento, a Nota Fiscal com o atestado de recebimento da execução do fornecimento à **CONTRATANTE**, acompanhada da **Ordem de Fornecimento e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:**

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

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

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

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

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

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

Banco: XXXXX

Agência: XXXXX

Conta Corrente: XXXX

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

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

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

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

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

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o **Hospital Regional Dr^a Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

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

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

5. Condição de Recebimento:

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

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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 nº. 0116/2024/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. 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 nº. 0116/2024/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.5. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

1.12. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes

deste contrato e do Ato Convocatório nº. 0116/2024/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

1.16. 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;

1.17. 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 0116/ 2024/ MA.

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 necessárias à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.

2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

6. Na superveniência de caso fortuito, de força maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;

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

8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde 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 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.

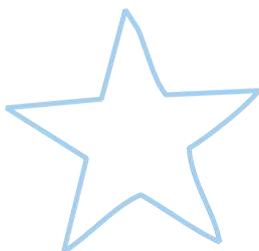
E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.

Santo Antônio de Pádua, xx de xxxxx de xxxx.

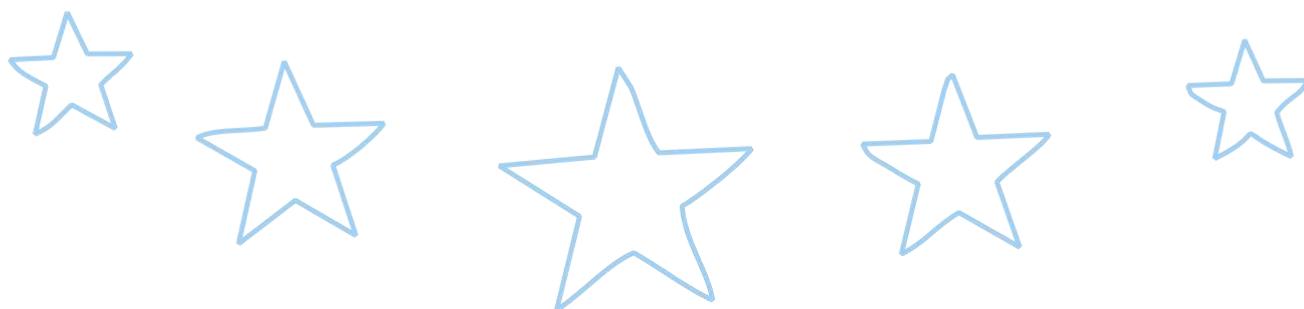
BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

anos



MODELO DOS FORMULÁRIOS





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO 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)



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM

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

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



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



NOME: _____ LEITO: _____ DATA: _____

BALANÇO HÍDRICO

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



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

CAIXA 01 - Básica Médica

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

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

CAIXA 01 - Básica Médica

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

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

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

--

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

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

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O. _____	OBSTR.: _____
_____ Co2 _____	EXCIT.: _____
NÁUSEAS: _____	
VÔMITOS: _____	OUTROS: _____
COM CÂNULA PARA:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - CONDIÇÕES GERAIS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

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

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

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

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

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

Méico: _____ Especialidade: CLINICA MEDICA Clínica: MEDICA
Procedimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
SIA/SUS: 0301060061 Modalidade: HOSPITALAR Carater: URGENCIA
Assinatura do Paciente _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho Amarelo Verde Azul

Queixas: _____

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

Alergi as: _____ Hora: _____
Medicação em Uso: _____
Doenças pré-existentes: HAS DM IRC Outras: _____
Carimbo e Assinatura do Profissional _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hi pótese Di agnósti ca: _____

Prescri ção: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

Saída do Paciente:

Decisão Profissional A Revelia A Pedido

Internação _____

Removido _____

óbito Data: _____ Hora: _____

Para óbito:

Antes de 24h

Destino do Corpo:

Família IML Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

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

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

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

VENOSO CENTRAL (sem fio)

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

ORIENTAÇÕES

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

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

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

9*

CAIXA DE GRANDES OSSOS CME/ HRLV

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

Conferido por: _____ Data: _____



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



CARTÃO ALIMENTAÇÃO

CAFÉ

LEITO 01

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

HORA INÍCIO: _____

HORA TÉRMINO: _____

DATA

____/____/____

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



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



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

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

Responsável	Carimbo	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral
--------------------	----------------	---

CHECK LIST DO ARSENAL DO CME DATA _____

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

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

TÉC.: _____ Enfermeiro(a) CME: _____

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



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



CHECK - LIST: ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

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

ESCRITURÁRIO

DATA: ____/____/____

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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



Nome: _____ DATA _____ / _____ / _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
HORA INÍCIO: _____
HORA TÉRMINO: _____

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO 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)



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM

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

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



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



NOME: _____ LEITO: _____ DATA: _____

BALANÇO HÍDRICO

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



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

CAIXA 01 - Básica Médica

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

Validade: ___/___/___
Preparado por: _____
Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

CAIXA 01 - Básica Médica

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

Validade: ___/___/___
Preparado por: _____
Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

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

--

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

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

DESPERTAR

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

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

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

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

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

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

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

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

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

VENOSO CENTRAL (sem fio)

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

ORIENTAÇÕES

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

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

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

9*

CAIXA DE GRANDES OSSOS CME/ HRLV

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

Conferido por: _____ Data: _____



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



CARTÃO ALIMENTAÇÃO

CAFÉ

LEITO 01

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

HORA INÍCIO: _____

HORA TÉRMINO: _____

DATA

____/____/____

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



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



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

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

Responsável	Carimbo	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral
--------------------	----------------	---

CHECK LIST DO ARSENAL DO CME DATA _____

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

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

TÉC.: _____ Enfermeiro(a) CME: _____

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



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



CHECK - LIST: ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

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

ESCRITURÁRIO

DATA: ____/____/____

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

HORA INÍCIO: _____

HORA TÉRMINO: ____/____/____

DATA

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

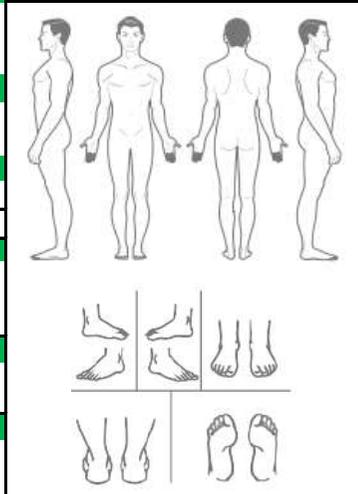


ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: Pulseira com identificação no acidente com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Consentimento informado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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:		Data ADM:		Desfecho: () Internado () Alta () Óbito () Transferência () Evasão						
Data:		DIH:		ENFERMARIA:				ATB EM USO:		
Horário:		Alergias:		LEITO:						
NEUROLÓGICO (ESCALA GLASGOW)			PRECAUÇÃO		ESCALAS/AVALIAÇÕES					
() Orientado () Confuso () Alerta () Sonolento () Agitado () Torporoso			() Padrão () Gotícula () Aerossóis () Contato		GLASGOW		MORSE		BRADEN	
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Midríase					Abertura ocular	Resposta verbal		Histórico queda	Diag Secundário	PER. SENSORIAL Limitação total () 1 Muito limitado () 2 Limitação leve () 3 S/Limitação () 4 UMIDADE Excessiva () 1 Muita () 2 Ocasional () 3 Rara () 4 ATIVIDADE Acamado () 1 Cadeira () 2 Anda às x () 3 Deambula () 4 MOBILIDADE S/limitação () 1 Pouco limitad () 2 Muito limitado() 3 Imóvel () 4 NUTRIÇÃO Deficiente () 1 Inadequada () 2 Adequada () 3 Excelente () 4
Score Glasgow:					Irresponsivo () 1	Irresponsivo () 1	SIM () 25	Sim () 15		
RESPIRATÓRIO			OXIGENAÇÃO		Resposta ao toque () 2	Emite sons () 2	NÃO () 0	NÃO () 0		
FR: _____ () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico			() Ar ambiente () Cateter nasal		Resposta a fala () 3	palavras () 3	Auxílio para deambular			
HEMODINÂMICA			() Venturi () Reservatório		Espontânea () 4	confuso () 4	Nenhum/acamado () 0			
PA: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso Parâmetro: _____			() TOT/TQT SatO2 _____			orientado () 5	Auxílio/muleta/beng () 15			
TAX: _____ () Normotérmico () Hipertérmico () Hipotérmico			DISPOSITIVOS INVASIVOS		Resposta motora		Mobiliário/parede () 30			
FC: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico			TIPO	Data de Inser	Irresponsivo () 1	Flexão por dor () 4	Dispositivo venoso salinizado			
NUTRICIONAL			CVC		Extensão () 2	Localiza dor () 5	SIM () 25	NÃO () 0		
Tipo de dieta: () VO () Enteral () Parenteral			AVP		Flexão anormal () 3	Normal () 6	MARCHA			
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS			DVE/DVP		ESCALA MADDOX - FLEBITE		Normal/Acamado () 0			
Eliminação Urinária: () Espontânea () Fralda () SVD () SVA			SVD		GRAU	CRITÉRIOS CLÍNICOS		Fraca () 15		
Aspecto: () Fisiológico () Concentrado () Hematúria () Colúria			TOT/TQT		() 0	Sem sintomas		Comprometida () 30		
Eliminação Intestinal: () Ausente () Presente () Colostomia			SNE/SNG		() 1	Eiritema no local do acesso		ESTADO MENTAL		
Aspecto: () Consistente () pastosa () líquido-pastosa () líquido			SHILLEY		() 2	Dor e edema no acesso		Orientado/Capaz () 0		
EXAME FÍSICO			ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS		() 3	Edema/dor/rubor no percurso		Esquece limitações () 15		
Pele/mucosas: () normocorado () hipocorado () Icterícia			() Queda () LPP () Flebite		() 4	Dor no local do acesso com edema, rubor no percurso venoso e drenagem purulenta		TOTAL		
Couro cabeludo: () íntegro () lesão/alteração Bucal: () Íntegro () Alterado			() Alergia () Broncoaspiração				SCORE	RISCO		
MMSS e MMI: () Sem alterações () hematoma () Cianose () Escoriações							< 41 () Médio			
Edema: () Ausente () Presente Turgor: () Sem alterações () Diminuído							41-51 () Elevado			
Membro com alteração:							>51 () Mt elevado			
OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS										
					ESCALA DE DOR					
					Sem dor () 0	Suave () 1-2				
					ASSINATURA/CARIMBO					
					Moderada () 3-5	Severa () 6				
					Mt severa () 7-9	Pior dor () 10				
					Local da dor:					
					TOTAL					
					B. Risco 15-18 ()					
					M. Risco 13-14 ()					
					A. Risco 12-12 ()					

COMISSÃO DE CURATIVO - AVALIAÇÃO

Estado nutricional: () Boa nutrição () Nutrição Ruim		Quantidade de lesões	N ^o			
Mobilidade: () Boa mobilidade () Baixa mobilidade						
FERIDA 1	FERIDA 2	FERIDA 3	FERIDA 4	FERIDA 5	COBERTURAS UTILIZADAS	
LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	TIPO DE COBERTURA	F
Descreva:	Descreva:	Descreva:	Descreva:	Descreva:	() Hidrogel	
CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	() Hidrogel com Alginato	
() F.O () Trumática () CVC	() F.O () Trumática () CVC	() F.O () Trumática () CVC	() F.O () Trumática () CVC	() F.O () Trumática () CVC	() Hidrogel C/Cálcio e Prata	
() Dreno _____	() Dreno _____	() Dreno _____	() Dreno _____	() Dreno _____	() Alginato de cálcio	
() Escoriações	() Escoriações	() Escoriações	() Escoriações	() Escoriações	() Hidrocolóide	
() Ulcerativa () Queimadura	() Ulcerativa () Queimadura	() Ulcerativa () Queimadura	() Ulcerativa () Queimadura	() Ulcerativa () Queimadura	() Gaze de Rayon	
SINAIS FLOGÍSTICOS	SINAIS FLOGÍSTICOS	SINAIS FLOGÍSTICOS	SINAIS FLOGÍSTICOS	SINAIS FLOGÍSTICOS	() Carvão ativado	
() Dor () Rubor () Calor () Edema	() Dor () Rubor () Calor () Eder	() Dor () Rubor () Calor () Eder	() Dor () Rubor () Calor () Eder	() Dor () Rubor () Calor () Eder	() Urgo clean AG	
() Não há () Edema	() Não há () Edema	() Não há () Edema	() Não há () Edema	() Não há () Edema	() Urgo Tul	
CARACTERÍSTICA DA FERIDA	CARACTERÍSTICA DA FERIDA	CARACTERÍSTICA DA FERIDA	CARACTERÍSTICA DA FERIDA	CARACTERÍSTICA DA FERIDA	() PHMB	
() Necrose () Granulação	() Necrose () Granulação	() Necrose () Granulação	() Necrose () Granulação	() Necrose () Granulação	() AGE	
() Epitelização () Esfacelo	() Epitelização () Esfacelo	() Epitelização () Esfacelo	() Epitelização () Esfacelo	() Epitelização () Esfacelo	() Filme transparente	
CONTEÚDO BACTERIANO	CONTEÚDO BACTERIANO	CONTEÚDO BACTERIANO	CONTEÚDO BACTERIANO	CONTEÚDO BACTERIANO	LOCALIZAÇÃO DAS FERIDAS	
() Limpa () Limpa-contaminada	() Limpa () Limpa-contaminada	() Limpa () Limpa-contaminada	() Limpa () Limpa-contaminada	() Limpa () Limpa-contaminada		
() Contaminada () Infectada	() Contaminada () Infectada	() Contaminada () Infectada	() Contaminada () Infectada	() Contaminada () Infectada		
() Fétida	() Fétida	() Fétida	() Fétida	() Fétida		
CARACTERÍSTICA DO EXUDATO	CARACTERÍSTICA DO EXUDATO	CARACTERÍSTICA DO EXUDATO	CARACTERÍSTICA DO EXUDATO	CARACTERÍSTICA DO EXUDATO		
() Seroso () Sanguinolento	() Seroso () Sanguinolento	() Seroso () Sanguinolento	() Seroso () Sanguinolento	() Seroso () Sanguinolento		
() Seropurulento () Purulento	() Seropurulento () Purulento	() Seropurulento () Purulento	() Seropurulento () Purulento	() Seropurulento () Purulento		
BORDAS	BORDAS	BORDAS	BORDAS	BORDAS		
() Macerada () Hiperemiada	() Macerada () Hiperemiada	() Macerada () Hiperemiada	() Macerada () Hiperemiada	() Macerada () Hiperemiada		
() Regulares () Irregulares	() Regulares () Irregulares	() Regulares () Irregulares	() Regulares () Irregulares	() Regulares () Irregulares		
DESBRIDAMENTO	DESBRIDAMENTO	DESBRIDAMENTO	DESBRIDAMENTO	DESBRIDAMENTO		
() Químico () Mecânico	() Químico () Mecânico	() Químico () Mecânico	() Químico () Mecânico	() Químico () Mecânico		
() Cirúrgico () Enzimático	() Cirúrgico () Enzimático	() Cirúrgico () Enzimático	() Cirúrgico () Enzimático	() Cirúrgico () Enzimático		
() Autolítico	() Autolítico	() Autolítico	() Autolítico	() Autolítico		
TIPO DE CURATIVO	TIPO DE CURATIVO	TIPO DE CURATIVO	TIPO DE CURATIVO	TIPO DE CURATIVO		
() Aberto () Compressivo	() Aberto () Compressivo	() Aberto () Compressivo	() Aberto () Compressivo	() Aberto () Compressivo		
() Oclusivo () Semi-oclusivo	() Oclusivo () Semi-oclusivo	() Oclusivo () Semi-oclusivo	() Oclusivo () Semi-oclusivo	() Oclusivo () Semi-oclusivo		
STATUS DA FERIDA	STATUS DA FERIDA	STATUS DA FERIDA	STATUS DA FERIDA	STATUS DA FERIDA		
() 1ª Avaliação () Piora () Estag	() 1ª Avaliação () Piora () Estag	() 1ª Avaliação () Piora () Estag	() 1ª Avaliação () Piora () Estag	() 1ª Avaliação () Piora () Estag		
() Boa evolução	() Boa evolução	() Boa evolução	() Boa evolução	() Boa evolução		
OCORRÊNCIAS/INTERCORRÊNCIAS/RECOMENDAÇÕES DE ALTA						

PROCESSOS DE ENFERMAGEM

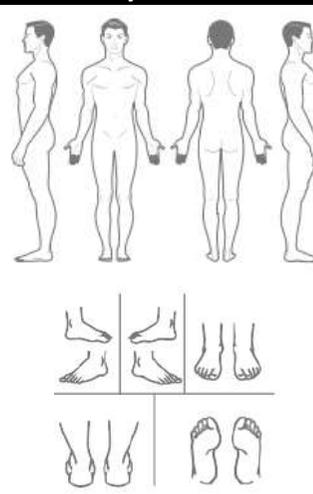
NOME:		 
DATA:	ENFERMARIA: LEITO:	
HORÁRIO:	DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)	EXECUÇÃO
RISCO DE INFECÇÃO ()	<p>Controle de riscos; Detecção dos riscos; Integridade tissular: pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Conhecimento: controle de infecção.</p>	<p>[1] () Trocar AVP, conforme padronizado pela SCIRAS (72h) [2] () Trocar CVC, conforme padronizado pela SCIRAS [3] () Trocar equipo: Conforme padronizado pelo protocolo [4] () Manter dispositivos identificados e datados [5] () Utilizar técnica aséptica: higienizar as mãos antes e após o manuseio com todo tipo de cateter, higienizar com álcool 70% dispositivos e conexões antes de administrar medicação EV e durante o manuseio segurar as conexões protegida com gaze embebida em álcool a 70% [6] () Implementar cuidados com cateter urinário : desprezar diurese quando o volume atingir 2/3 da bolsa ou a cada 06 horas, manter coletor abaixo da bexiga e suspensão do chão e fixar na mulher: face externa da coxa e no homem: na região suprapubica, manter proteção no dispositivo de drenagem [7] () Inspeccionar presença de sinais flogísticos</p>	
RISCO DE QUEDA ()	Comportamento de prevenção de quedas	<p>[1] () Orientar paciente/acompanhante quanto ao risco de queda e cuidados [2] () Manter roda dos leitos travadas e grades elevadas (inclusive no transporte) [3] () Colocar objetos pessoais ao alcance dos pacientes [4] () Sinalizar o risco de queda de forma visualmente prática a toda equipe multiprofissional [5] () Realizar ronda de segurança e conforto a cada ___:___ hora [6] () Auxiliar no banho de aspersão, quando não indicado banho no leito [7] () Reavaliar e manter em vigilância pacientes em jejum prolongado ou em uso de medicações que aumentam o risco de queda</p>	
RISCO DE SANGRAMENTO ()	Monitorar sinais de sangramento	<p>[1] () Comunicar sinais de alerta: PA>139X89mmHg e <100x60mmHg. Tax>37,3 e < 35°C, FC >100 e < 60 BPM e FR> 22 e < 12RPM</p>	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ()	Integridade da pele normal	<p>[1] () Realizar mudança de decubito a cada _____:_____ hora [2] () Avaliar existencia de hepiremia [3] () Avaliar umidade da pele [4] () Avaliar hidratação/ turgor da pele [5] () Orientar uso de hidratante labial e corporal [6] () Avaliar diariamente area peri-dispositivos [7] () Utilizar corbertura protetora em areas de risco de desenvolver LP</p>	
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO () Alimentação () Higiene () Mobilidade	Autocuidado melhorado	<p>[1] () Realizar [2] () Auxiliar [3] () Orientar - Higiene oral e corporal e intima [4] () Trocar fralda, quando necessario</p>	
Risco de aspiração ()	Prevenção de aspiração	<p>[1] () Elevar cabeceira da cama no minimo 30° [2] () Trocar fixação de SNE/SNG após o banho [3] () Aspirar residuos atraves da SNE/SNG antes da administração da dieta / medicação [4] () Aspirar secreção das vias aereas quando necessario e anotar aspecto [5] () Monitorar, registrar e comunicar ao enfermeiro / médico em caso de tosse ou cianose</p>	
Padrão respiratório ineficaz ()	Inspiração e/ou expiração proporcionem ventilação adequada	<p>[1] () Avaliação da fisioterapia [2] () Ofertar oxigenio via cateter/mascara [3] () Umidificar as vias aereas [4] () Solicitar a psicologa para controle da ansiedade</p>	
Deambulação prejudicada ()	Deambulação independente	<p>[1] () Avaliar paciente conforme escala de morse [2] () Solicitar avaliação da fisioterapia [3] () Estimular deambulação conforme plano terapêutico [4] () Solicitar auxilio dos agentes de transporte para locomoção do paciente</p>	
Eliminação urinária prejudicada ()	Eliminação urinária sem auxílio de dispositivos	<p>[1] () Monitoração Hidrica atraves de balanço hidrico [2] () Sondagem vesical intermitente [3] () Avaliação da dor [4] () Auxilio no uso do vaso sanitario</p>	
Constipação percebida ()	Formação e evacuação feses	<p>[1] () Monitoração Hidrica atraves de balanço hidrico [2] () Estimular eliminação intestinal via enema [3] () Solicitar dieta laxativa</p>	
Dor aguda ()	Diminuir o desconforto	<p>[1] () Adm de analgesia [2] () Apoio emocional [3] () Aplicação de calor/ou frio [4] () Massagem [5] () Oxigenoterapia [6] () Escuta ativa</p>	

ASSINATURA/CARIMBO

--

AVALIAÇÃO

Estado nutricional: () Boa nutrição () Nutrição Ruim		Quantidade de lesões		N ^º			
Mobilidade: () Boa mobilidade () Baixa mobilidade							
FERIDA 1	FERIDA 2	FERIDA 3	FERIDA 4	FERIDA 5	COBERTURAS UTILIZADAS		
LOCALIZAÇÃO DA FERIDA	TIPO DE COBERTURA	F					
Descreva:	Descreva:	Descreva:	Descreva:	Descreva:	() Hidrogel		
CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA	() Hidrogel com Alginato						
() F.O () Trumática () CVC () Dreno _____ () Escoriações () Ulcerativa () Queimadura	() F.O () Trumática () CVC () Dreno _____ () Escoriações () Ulcerativa () Queimadura	() F.O () Trumática () CVC () Dreno _____ () Escoriações () Ulcerativa () Queimadura	() F.O () Trumática () CVC () Dreno _____ () Escoriações () Ulcerativa () Queimadura	() F.O () Trumática () CVC () Dreno _____ () Escoriações () Ulcerativa () Queimadura	() Hidrogel C/Cálcio e Pra () Alginato de cálcio () Hidrocolóide () Gaze de Rayon () Carvão ativado		
SINAIS FLOGÍSTICOS	() Urgo clean AG () Urgo Tul						
() Dor () Rubor () Calor () Edema () Não há () Edema	() Dor () Rubor () Calor () Edem () Não há () Edema	() Dor () Rubor () Calor () Edem () Não há () Edema	() Dor () Rubor () Calor () Edem () Não há () Edema	() Dor () Rubor () Calor () Edem () Não há () Edema	() PHMB		
CARACTERÍSTICA DA FERIDA	() AGE						
() Necrose () Granulação () Epitelização () Esfacelo	() Necrose () Granulação () Epitelização () Esfacelo	() Necrose () Granulação () Epitelização () Esfacelo	() Necrose () Granulação () Epitelização () Esfacelo	() Necrose () Granulação () Epitelização () Esfacelo	() Filme transparente		
CONTEÚDO BACTERIANO	LOCALIZAÇÃO DAS FERIDAS						
() Limpa () Limpa-contaminada () Contaminada () Infectada () Fétida	() Limpa () Limpa-contaminada () Contaminada () Infectada () Fétida	() Limpa () Limpa-contaminada () Contaminada () Infectada () Fétida	() Limpa () Limpa-contaminada () Contaminada () Infectada () Fétida	() Limpa () Limpa-contaminada () Contaminada () Infectada () Fétida			
CARACTERÍSTICA DO EXUDATO							
() Seroso () Sanguinolento () Seropurulento () Purulento	() Seroso () Sanguinolento () Seropurulento () Purulento	() Seroso () Sanguinolento () Seropurulento () Purulento	() Seroso () Sanguinolento () Seropurulento () Purulento	() Seroso () Sanguinolento () Seropurulento () Purulento			
BORDAS	BORDAS	BORDAS	BORDAS	BORDAS			
() Macerada () Hiperemiada () Regulares () Irregulares	() Macerada () Hiperemiada () Regulares () Irregulares	() Macerada () Hiperemiada () Regulares () Irregulares	() Macerada () Hiperemiada () Regulares () Irregulares	() Macerada () Hiperemiada () Regulares () Irregulares			
DESRIDAMENTO	DESRIDAMENTO	DESRIDAMENTO	DESRIDAMENTO	DESRIDAMENTO			
() Químico () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico	() Químico () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico	() Químico () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico	() Químico () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico	() Químico () Mecânico () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico			
TIPO DE CURATIVO							
() Aberto () Compressivo () Oclusivo () Semi-oclusivo	() Aberto () Compressivo () Oclusivo () Semi-oclusivo	() Aberto () Compressivo () Oclusivo () Semi-oclusivo	() Aberto () Compressivo () Oclusivo () Semi-oclusivo	() Aberto () Compressivo () Oclusivo () Semi-oclusivo			
STATUS DA FERIDA							
() 1ª Avaliação () Piora () Estag () Boa evolução	() 1ª Avaliação () Piora () Estag () Boa evolução	() 1ª Avaliação () Piora () Estag () Boa evolução	() 1ª Avaliação () Piora () Estag () Boa evolução	() 1ª Avaliação () Piora () Estag () Boa evolução			
OCORRÊNCIAS/INTERCORRÊNCIAS/RECOMENDAÇÕES DE ALTA							

PROCESSOS DE ENFERMAGEM

ASSINATURA/CARIMBO

Paciente:

Data:

Horário:

Leito:



Diagnóstico

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)	EXECUÇÃO
RISCO DE INFECÇÃO ()	Controle de riscos; Detecção dos riscos; Integridade tissular: pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Conhecimento: controle de infecção.	[1]() Trocar AVP, conforme padronizado pela SCIRAS (72h) [2]() Trocar CVC, conforme padronizado pela SCIRAS [3]() Trocar equipo: Conforme padronizado pelo protocolo [4]() Manter dispositivos identificados e datados [5]() Utilizar técnica aséptica: higienizar as mãos antes e após o manuseio com todo tipo de cateter, higienizar com álcool 70% dispositivos e conexões antes de administrar medicação EV e durante o manuseio segurar as conexões protegida com gaze embebida em álcool a 70% [6]() Implementar cuidados com cateter urinário : desprezar diurese quando o volume atingir 2/3 da bolsa ou a cada 06 horas, manter coletor abaixo da bexiga e suspensão do chão e fixar na mulher: face externa da coxa e no homem: na região suprapúbica, manter proteção no dispositivo de drenagem [7]() Inspeccionar presença de sinais flogísticos [8]() Protocolo de IPCS	
RISCO DE QUEDA ()	Comportamento de prevenção de quedas	[1]() Orientar paciente/acompanhante quanto ao risco de queda e cuidados [2]() Manter roda dos leitos travadas e grades elevadas (inclusive no transporte) [3]() Colocar objetos pessoais ao alcance dos pacientes [4]() Sinalizar o risco de queda de forma visualmente prática a toda equipe multiprofissional [5]() Realizar ronda de segurança e conforto a cada ___:___ hora [6]() Auxiliar no banho de aspersão, quando não indicado banho no leito [7]() Reavaliar e manter em vigilância pacientes em jejum prolongado ou em uso de medicações que aumentam o risco de queda [8]() Protocolo de prevenção de quedas	
RISCO DE SANGRAMENTO ()	Monitorar sinais de sangramento	[1]() Comunicar sinais de alerta: PA>139X89mmHg e <100x60mmHg. Tax>37,3 e <35°C, FC >100 e < 60 BPM e FR> 22 e < 12RPM	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ()	Integridade da pele normal	[1]() Realizar mudança de decubito a cada _____:_____ hora [2]() Avaliar existência de hepíremia [3]() Avaliar umidade da pele [4]() Protocolo de prevenção/Trat. de LPP [5]() Avaliar hidratação/ turgor da pele [6]() Orientar uso de hidratante labial e corporal [7]() Avaliar diariamente área peri-dispositivos [8]() Utilizar cobertura protetora em áreas de risco de desenvolver LP	
DEFICIT DE AUTOCUIDADO () Alimentação () Higiene () Mobilidade	Autocuidado melhorado	[1]() Protocolo de prevenção de quedas [2]() Realizar () Auxiliar () Orientar - Higiene corporal e íntima [3]() Trocar fralda, quando necessário	
Risco de aspiração ()	Prevenção de aspiração	[1]() Elevar cabeceira da cama no mínimo 30° [2]() Trocar fixação de SNE/SNG após o banho [3]() Aspirar resíduos através da SNE/SNG antes da administração da dieta / medicação [4]() Aspirar secreção das vias aéreas quando necessário e anotar aspecto [5]() Monitorar, registrar e comunicar ao enfermeiro / médico em caso de tosse ou cianose	
Padrão respiratório ineficaz ()	Inspiração e/ou expiração proporcionem ventilação adequada	[1]() Avaliação da fisioterapia [2]() Ofertar oxigênio via cateter/máscara [3]() Umidificar as vias aéreas [4]() Solicitar a psicóloga para controle da ansiedade	
Deambulação prejudicada ()	Deambulação independente	[1]() Avaliar paciente conforme escala de morse [2]() Solicitar avaliação da fisioterapia [3]() Estimular deambulação conforme plano terapêutico [4]() Solicitar auxílio dos agentes de transporte para locomoção do paciente	
Eliminação urinária prejudicada ()	Eliminação urinária sem auxílio de dispositivos	[1]() Monitoração Hidrica através de balanço hidrico [2]() Sondagem vesical intermitente [3]() Avaliação da dor [4]() Auxílio no uso do vaso sanitario [5]() Protocolo de prevenção de ITU	
Constipação percebida ()	Formação e evacuação fezes	[1]() Monitoração Hidrica através de balanço hidrico [2]() Estimular eliminação intestinal via enema [3]() Solicitar dieta laxativa	
Dor aguda ()	Diminuir o desconforto	[1]() Adm de analgesia [2]() Apoio emocional [3]() Aplicação de calor/ou frio [4]() Massagem [5]() Oxigenoterapia [6]() Escuta ativa [7]() Protocolo de dor	
Nutrição desequilibrada ()	Manter o paciente nutrido	[1]() Solicitar avaliação da nutricionista [2]() Dieta conforme plano terapêutico [3]() Controle hídrico [4]() Solicitar avaliação de fonoaudiólogo para liberação de dieta oral [5]() Estimular paciente a ingesta de alimentos	
Troca de gases prejudicada ()	Troca aoveolar e perfusão tissular atendidas pela VM	[1]() Controle de vias aéreas artificiais [2]() Precauções contra broncoaspiração [3]() Acionar protocolo de PAV [4]() Monitoração de gasometria [5]() Mudar posicionamento do paciente [6]() Avaliação da fisioterapia	

SCORE TISS - INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	
ATIVIDADES BÁSICAS	
Monitorização padrão. Sinais horário, registro e cálculo regular do balanço hídrico	5
Laboratório. Investigações Bioquímicas e microbiológicas	1
Medicações Endovenosas múltiplas; Mais que uma droga	3
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito/troca diária de curativo	1
Troca frequente de curativos. Troca frequente de curativo (Pelo menos uma vez por turno de Enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas	1
Cuidado com drenos. Todos (Exceto SNG)	3
SUPORTE VENTILATÓRIO	
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares respiração espontânea com PEEP.	5
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP: O2 suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2
Cuidados com vias areas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia,	1
Tratamento par melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácies, espirometria estimular terapia de inalção, aspiração endotraqueal	1
SUPORTE CARDIOVASCULAR	
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa	3
Medicação vascativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose.	4
Reposição de grandes perdas volêmicas. Administração de volume >3/m=/d, independente do tipo	4
Cateter arterial periférico.	5
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de debito	8
Via venosa central	2
Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas).	3
SUPORTE RENAL	
Técnicas de Hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3
Medida quantitativa do débito urinário (ex : SVD).	2
Diurese ativa (ex: furosemida > 0,5 mg/Kgidia)	3
SUPORTE NEUROLÓGICO	
Medida de Pressão Intracraniana (PIC)	4
SUPORTE METABÓLICO	
Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada,	4
Nutrição Parenteral Total endovenosa.	3
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex: Jejunostamia.	2
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca) passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica. (Estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do paciente, tais como RX, ecografins, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima,	5
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5
TOTAL	
CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES CONFORME TISS - 28	
Classe I (0 a 19): Paciente fisiologicamente estáveis e requerendo observação profilática	
Classe II (20-34): Pacientes estáveis fisiologicamente, porém, requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização continua	
Classe III (35-60): Pacientes graves e instáveis, hemodinamicamente	
Classe IV (Maior que 60): Pacientes com indicação compulsória de internação na UT I com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada	

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID: _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

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



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

GOVERNO DO
MARANHÃO



GOVERNO COM O
POVO.
O MARANHÃO
NÃO CONCORDA
COMO!

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID _____

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

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIHISTAMINICOTERAPIA <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRE-CIRURGIA <input type="checkbox"/> POS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSAO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLICEMIA _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	



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



Nome: Anteniasca
ID: 02107150

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	ENFERMARIA: <u>FUNÇÃO INTERNACIONAL</u>	LEITO	PESO:	Kg	ALTURA:	m	FUNÇÕES VITAIS	INTERCORRÊNCIAS
/ /	ANTIBIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA ALIMENTAR <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLUCEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS		
/ /	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS-CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA ALIMENTAR <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____ mm Hg _____ mm GLUCEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS		

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

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

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

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



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DAS INFECÇÕES RELATADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

PROCEDIMENTOS	DATA INICIAL	TROCA									
AVP											
CVC											
TOT/VM											
SVD											

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

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

HEMOCULTURAS/UROCULTURAS/SWABS

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

DADOS DA INFECÇÃO

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

PRECAUÇÕES

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

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

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

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

Nome: _____

Nome Social: _____

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

Procedência: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Curgirgias Anteriores: _____

EXAME FÍSICO

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

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Feridas: _____ Drenos: _____

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

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

AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

Padrão Ventilatório: _____

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

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

Ausculpa Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

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

() VNI TQT () n° _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

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

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

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Atica () Passiva ()

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

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

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

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

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE RASS

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

CONDUTA: _____

FISIOTERAPEUTA

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

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

Nome: _____

Nome Social: _____

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

Procedência: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Curgirgias Anteriores: _____

EXAME FÍSICO

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

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Feridas: _____ Drenos: _____

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

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

AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

Padrão Ventilatório: _____

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

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

Ausculpa Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

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

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

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

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

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

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Ativa () Passiva ()

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

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

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

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

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE RASS

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

CONDUTA: _____

FISIOTERAPEUTA

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

IDENTIFICAÇÃO (ETIQUETA)

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

NOME DO PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____

SEXO: MASCULINO FEMININO IDADE: _____ PESO: _____ kg

INDICAÇÃO: PROFILAXIA* TERAPIA (TRATAMENTO)

SE PROFILAXIA CIRÚRGICA, INDIQUE A CLÍNICA E O PROCEDIMENTO*: ORTOPEDIA GASTRO-INTESTINAL TORÁCICA NEUROLÓGICA

CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

LIMPA POTENCIALMENTE CONTAMINADA CONTAMINADA INFECTADA (INDICAR TERAPIA)

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

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

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

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

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

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

FATORES DE RISCO:

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

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

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

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

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

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

MATERIAL COLETADO PARA CULTURA E / OU BACTERIOSCOPIA:

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

RESULTADO DA CULTURA: POSITIVO NEGATIVA EM ANDAMENTO

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

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

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

ANTIMICROBIANOS JÁ UTILIZADOS NESTA INTERNAÇÃO: _____

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

_____ USADO DO DIA ___/___/___ ATÉ O DIA ___/___/___ (___ N^o DOSES)

BACABAL/MA, ___/___/___.

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

PARECER DA FARMÁCIA HOSPITALAR

DEFERIDO INDEFERIDO _____

BACABAL/MA, ___/___/___.

FARMACÊUTICO (ASSINATURA E CARIMBO)

PARECER DA CCIH

DEFERIDO INDEFERIDO _____

BACABAL/MA, ___/___/___.

INFECTOLOGISTA (ASSINATURA E CARIMBO)



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

FICHA ODONTOLÓGICA

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

HISTÓRIA MÉDICA

Sinais vitais/ Alterações sistêmicas:

Medicações em uso:

EXAME FÍSICO

EXTRABUCAL

Assimetria facial () Ausente () Presente

Lesões cutâneas () Ausente () Presente

Fístula extrabucal () Ausente () Presente

INTRABUCAL

Avaliação de alterações na mucosa:

Lábio superior () Ausente () Presente _____

Lábio inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial superior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal direita () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal esquerda () Ausente () Presente _____

Língua () Ausente () Presente _____

Assoalho bucal () Ausente () Presente _____

Palato mole () Ausente () Presente _____

Orofaringe () Ausente () Presente _____

Glândulas salivares () Ausente () Presente _____

Rebordo alveolar () Ausente () Presente _____

Fístula intrabucal () Ausente () Presente _____

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

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

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

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

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

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

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Leito: _____

Data da Admissão ____/____/____ Hora _____ Diagnóstico _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____ Procedência: _____

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

Motivo da Hospitalização/Queixa Principal: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Cirurgias Anteriores: Não Sim/Quais? _____

Cardiopatias: Não Sim/Quais? _____

Diabetes: Não Sim

Hipertensão: Não Sim

Tabagismo: Não Sim - Cig/dia _____

Etilismo: Não Sim

Alergia: Não Sim/Medicação _____

Medicamentos em uso: Não Sim/Quais? _____

II - EXAME FÍSICO

Neurológico: Consciente Orientado Confuso Agitado Incosciente

Outros: _____

ESCALAS DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a Ordens	6
Atende Ordem Verbal	3	Confuso	4	Localiza Dor	5
Resposta à Dor	2	Palavras Inapropriadas	3	Retira Membro mas não localiza Dor	4
Ausência de Resposta	1	Sons Incompreensíveis	2	Decorticação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW				TOTAL =	
3 a 8	- Traumatismo Grave:	Coma Grave			
9 a 12	- Traumatismo Modereado:	Coma Leve			
12 a 15	- Traumatismo Leve:	Não há Coma			

Pupilas Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes

CABEÇA E PESCOÇO

Couro Cabeludo: Sem Alteração Alopecia Cicatriz Lesão Fontanela

Obs.: _____

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

Deficiência Visual/Qual? _____

Nariz: Sem Alterações Epistaxe Obstrução Obs.: _____

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

Disfagia Dislalia Afasia Gânglios Local: _____

Mucosa: Corada Descorada Gânglios Local Desidratada Obs.: _____

Pescoço: Sem Alteração Rigidez de Nuca Gânglios Turgência de Jugulares

Obs.: _____

PELE E ANEXOS

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

MÚSCULO E ESQUELETO

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

TÓRAX

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

CARDIOVASCULAR

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

GASTROINTESTINAL

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

URINÁRIO

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

GENITAL

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

DOR

Localização: _____
Tipo: _____

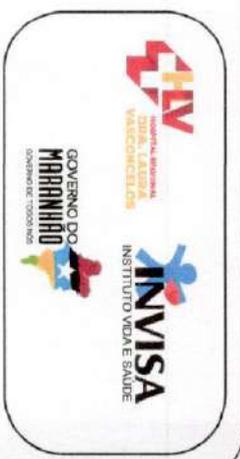
III - CONDUTA NA ADMISSÃO

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

NOME: _____

SETOR: _____ LEITO: _____

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



Risco de Queda 

Risco de LPP 

Risco de Flebite 

Risco de Broncoaspiração 

Risco de Disfagia 

Alergia 

EXAMES PENDENTES

TROCAR AVP EM:

OBSERVAÇÕES:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES 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
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
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
---	-----------

MATERIAL CONSIGNADO



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

MATERIAL CONSIGNADO



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Material:

Material:

OBS.:

OBS.:

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

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

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

Data: ___/___/___

Validade: _____

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

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

Data: ___/___/___

Validade: _____

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

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

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

Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista

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

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

PEDIDO DE MATERIAL

Nº	PRODUTO	UNID.	QDE. PEDIDA	ENTREGUE

REQUISITANTE

ALMOXARIFADO

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

SETOR: _____

DATA: ____/____/____

PEDIDO DE MATERIAL

Nº	PRODUTO	UNID.	QDE. PEDIDA	ENTREGUE

REQUISITANTE

ALMOXARIFADO



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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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



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

RECEITUÁRIO

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

DATA: ____/____/____



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

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____

RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

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



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

DATA: ____/____/____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Nome do Paciente: _____		Idade: _____	Peso: _____	Anestesista: _____	() Eletiva () Urgência () Emergência
Data: ____/____/____	Hora: ____	Enfermeiro: _____	Nº Prontuário: _____	Cirurgião: _____	
Cirurgia proposta: _____				Instrumentador: _____	Aux I: _____
				Circulante: _____	Aux II: _____

VERIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA

Jejum	Tricotomia	Próteses e adornos	Pulseira de identificação
Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()

EXAMES

Raio X	ECG	TC	US	Hemograma
Sim () Não ()				

CUIDADOS REALIZADOS

Tipagem Sanguínea		Reserva sanguínea		Reserva de UTI		Termo de consentimento/amputação	
Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()		Sim () Não ()	

Medicamentos de uso contínuo? () Não () Sim - Qual? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () Diabetes () AVC () DPOC () TB Cirurgias anteriores? Qual? _____

RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CC (TRANSOPERATÓRIO I)

Paciente recebido no CC às: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() Orientado () Confuso () Alerta () Sonolento () Agitado () Torporoso

OXIGENOTERAPIA

() Ar ambiente () Cateter O2 () Venturi () Intubado () Traqueostomizado

DISPOSITIVOS INVASIVOS

Cateter venoso () _____ Cateter Central () SNG/SNE () SVD () Dreno ()

SINAIS VITAIS

Horário	P.A	TAX.	FC.	FR

Enfermeiro (a) / _____
Tec. Enfermagem

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Antibiótico: _____ Dose: _____ Horário: _____

RECEPÇÃO DO PACIENTE NA S.O

Checklist de Cirurgia Segura

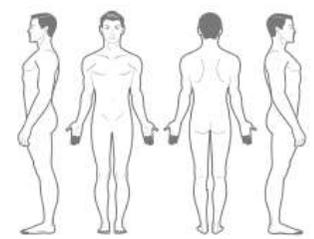
Horário de Admissão na SO: _____ Total de peças instrumentais antes de iniciar a cirurgia: _____

Início anestesia: _____ Término: _____ / Início da cirurgia: _____ Término: _____

Cirurgia realizada:

Antes da indução anestésica	Antes de iniciar a cirurgia	Antes de sair da SO
Paciente identificado corretamente? () Sim () Não	Identificação da equipe ()	Houve mudanças no procedimento realizado? () Não () Sim, qual? _____
Consentimento assinado? () Sim () Não	Identificação do paciente ()	
Qual o local da cirurgia? _____	Local da cirurgia ()	Contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? () Sim () Não
Qual o lado da cirurgia? () E () D	Procedimento a ser realizado ()	
Sítio cirúrgico foi marcado? () Sim () Não	Checagem verbal com o cirurgião ()	As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente? () Não se aplica () Sim
Paciente possui alergia? () Sim () Não	Exames de imagem disponíveis? () Sim () Não se aplica	
Há risco de broncoaspiração? () Sim () Não	Integrador indica esterilização do instrumental?	Houve algum problema com o equipamento a ser resolvido?
Há risco de perda sanguínea? () Sim () Não	Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? () Sim () Não, qual?	
Realizada antibioticoprofilaxia? () Sim () Não		

Assinatura do condutor do checklist (Enfermeiro): _____

TRANSOPERATÓRIO II						CONTAGEM DE COMPRESSAS/INSTRUMENTAIS/AGULHAS					
Tubo Endotraqueal: N ^o _____ Garrote pneumático/Faixa Smarch: Início: _____; Término: _____;						Placa de bisturi: () mono () bipolar () Monitorização cardíaca () Manguito de PA () PAI () Garrote Pneumático Membro: _____ () Manta térmica				() Aparelho de anestesia () Bisturi Elétrico () Capnógrafo () Aspirador () DRILL () Bomba de infusão () Perfurador () Laparoscópio () Endoscópio () Scopía	
ESCALA ELPO						QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS					
	5 Pontos	4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Compressas Grandes Abertas: _____ Compressas Grandes Conferidas: _____ Compressas Pequenas Abertas: _____ Compressas Pequenas Conferidas: _____ Agulhas Abertas: _____ Agulhas Conferidas: _____					
Posição cirúrgica	() Litotômica	() Prona	() Tredelemburg	() Lateral	() Supina	INTEGRADORES/INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>					
Duração Cirurgia	() Mais de 6h	() de 4h até 6h	() De 2h até 4h	() De 1h até 2h	() Até 1h						
Tipo de anestesia	() Combinada	() Geral	() Bloqueio	() Sedação	() Local						
Sup. Suporte	() sem uso de superfície de suporte/ Suporte rígido	() Colchão da mesa cirúrgica de Espuma + coxins envolvidos em campos esterelizados	() Colchão da mesa cirúrgica de Espuma + coxins de espuma	() Colchão da mesa cirúrgica de Espuma + coxins viscoelásticos	() Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico						
Posi. Membro	() Elevação dos joelhos >90º e abertura dos membros inferiores >90º ou abertura dos membros superiores >90º	() Elevação dos joelhos >90º ou abertura dos membros inferiores >90º	() Elevação dos joelhos <90º e abertura dos membros inferiores <90º ou pescoço sem alinhamento esternal	() Abertura <90º dos membros superiores	() Posição anatômica						
Comorbidades	() Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	() Obesidade ou desnutrição	() Diabetes Mellitus	() Doença vascular	() Sem Comorbidades						
Idade do paciente	() > 80 anos	() Entre 70 e 79 anos	() Entre 60 e 69 anos	() Entre 40 e 59 anos	() Entre 18 e 39 anos						
Somatório total dos pontos por item da escala: _____											
VALOR DE REFERÊNCIA: Baixo risco <19 pontos Alto Risco > 20 pontos											
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM						ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS					
Tricotomia na SO: () Sim () Não Degermação: () Clorexidine degermante () PVP Degermante () Outro						<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>					
SVD: () Sim () Não Adm antibiótico (repique) após 4h de cirurgia, às: _____											
MEDICAÇÕES	HORÁRIO	SSVV	INÍCIO	TRANS	TERMINO						
		SpO2									
		Pulso									
		FC									
		PNI									
		Temperatura									
		PVC									
		PAI									
Infusão de hemoconcentrados: () Concentrado de hemácias () Plasma () Plaquetas () Crio Reação transfusional? () Sim						_____ Enfermeiro (a) / Tec. Enfermagem					

PROCESSOS E ADMISSÃO DE ENFERMAGEM - SRPA

Paciente admitido no SRPA às: _____ Nível de consciência: () Sedado () Sonolento () Consciente () Torporoso () Desorientado Hidratação Venosa/Local: _____

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)	EXECUÇÃO
RISCO DE INFECÇÃO ()	Controle de riscos; Detecção dos riscos; Integridade tissular: pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Conhecimento: controle de infecção.	[1]() Trocar AVP, conforme padronizado pela SCIRAS (72h) [2]() Trocar CVC, conforme padronizado [3]() Trocar equipo: Conforme padronizado pelo protocolo [4]() Manter dispositivos identificados e datados [5]() Utilizar técnica aséptica: higienizar as mãos antes e após o manuseio com todo tipo de cateter, higienizar com álcool 70% dispositivos e conexões antes de administrar medicação EV e durante o manuseio segurar as conexões protegida com gaze embebida em álcool a 70% [6]() Implementar cuidados com cateter urinário : desprezar diurese quando o volume atingir 2/3 da bolsa ou a cada 06 horas, manter coletor abaixo da bexiga e suspensão do chão e fixar na mulher: face externa da coxa e no homem: na região suprapubica, manter proteção no dispositivo de drenagem [7]() Inspeccionar presença de sinais flogísticos	
Integridade da pele prejudicada ()	Cicatrização adequada	[1]() Avaliar condições do curativo e presença de sinais flogísticos em cirúrgicas e em locais com sonda [2]() Realizar troca de curativo da ferida se houver sujidade/necessidade	
Dor aguda ()	Alívio da dor	[1]() Administrar analgésicos conforme prescrição médica [2]() Reavaliar dor após administração da medicação	
Padrão respiratório ineficaz ()	Adequação da Troca Gasosa	[1]() Instalar cateter de O2 a 2l/min ou conforme recomendação médica [2]() Orientar paciente a realizar inspiração profunda	
Hipotermia ()	Estado de Termorregulação	[1]() Cobrir o paciente com cobertores Infundir [2]() soluções venosas aquecidas	
Risco de aspiração ()	Prevenção de aspiração	[1]() Posicionar o paciente em decúbito de 45º [2]() Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado	
Retenção urinária ()	Resolução da disúria	[1]() Realizar cateterismo de alívio [2]() Administrar fármacos apropriados conforme prescrição médica	
ATENÇÃO ()	Monitorização contínua	[1]() Monitorar Sinais vitais [2]() Manter controle de infusão [3]() Controle de débitos	

SAÍDA DO PACIENTE DA SRPA/S.O

TRANSPORTE E DESTINO DO PACIENTE	TIPO DE ANESTESIA	RESPIRATÓRIO
Transporte feito por: () Médico () Enfermeiro () Tec. Enfermagem Destino: () Ala A () Ala B () UTI Data e horário da transferência: _____	() Geral () Raque () Bloqueio	FR: _____ () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico
NEUROLÓGICO	() Sedação () Local () Combinada	HEMODINÂMICA
() Orientado () Sedado () Confuso () Sonolento () Agitado, () Torporoso	OXIGENAÇÃO	PA: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso Parâmetro: _____
Pupilas: () Isocórcicas () Anisocórcicas () Midríase	() Ar ambiente () Cateter nasal	TAX: _____ () Afebril () Hipertérmico () Hipotérmico
NUTRICIONAL	() Venturi () Reservatório	FC: _____ () Normocárdico () Bradicárdio () Taquicárdio
Tipo de dieta: () VO () Enteral () Parenteral	() TOT/TQT SatO2 _____	DISPOSITIVOS INVASIVOS
		TIPO CVC AVP DVE/DVP SVD TOT/TQT SNG/SNE

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS	ABERTURA/CHEGAGEM BUNDLE
	() Sim () Não



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



MÊS: _____

SETOR: _____

LEITO: _____

ADMISSÃO: ____/____/____

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

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

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

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



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO



Nome: _____

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

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

URINÁLISE

- EAS (SUMÁRIO)
- PLANOTESTE
- GLICOSÚRIA

PARASITOLOGIA

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

CITOLOGIA

- COLPOC. ONCÓTICA
- (PREVENTIVO)

HEMOTOLOGIA

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

BACTERIOLOGIA

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

BIOQUÍMICA

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

IMUNOLOGIA

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

HORMÔNIOS

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



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO



Nome: _____

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

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

URINÁLISE

- EAS (SUMÁRIO)
- PLANOTESTE
- GLICOSÚRIA

PARASITOLOGIA

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

CITOLOGIA

- COLPOC. ONCÓTICA
- (PREVENTIVO)

HEMOTOLOGIA

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

BACTERIOLOGIA

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

BIOQUÍMICA

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

IMUNOLOGIA

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

HORMÔNIOS

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

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome Completo do paciente sem abreviaturas: _____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar: _____ Sexo: _____

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

Diagnóstico: _____

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

Tipagem: _____

Conc. de Hemácias ()	Conc. de Plaquetas ()	Plasma Fresco Congelado ()
Vol. _____ / Quant.: _____	Vol. _____ / Quant.: _____	Vol. _____ / Quant.: _____
() Deleucocitado ou Filtrado	() Deleucocitado ou Filtrado	() Crioprecipitado
() Lavado	() Irradiado	
() Irradiado		

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

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

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

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Transfusão

() Programa Dia ____/____/____ Hora: _____
() De rotina (dentro de 24 horas)
() Urgente (Dentro de 3 horas)
() De urgência (qualquer retardo acarretará risco para vida) --- **Vide Verso**

Tipos de Transfusão

() Ambulatório	() Clínica Cirúrgica	() Gineco/Obstetrícia	() UTI
() Clínica Médica	() Pediatria	() Emergência/SPA	() Residência

Data: ____/____/____ Hora: _____
Assinatura e Carimbo do Médico

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

Em cumprimento à Resolução Portaria nº 1353, art. 105,106,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/02/1VIS, é obrigado a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO +Rh são provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido.

Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPRESCINDÍVEL o preenchimento do termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS

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

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

Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico



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



HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

CONTROLE DE LIBERAÇÃO PELA FARMÁCIA:

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

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

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



MÊS/ANO

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

LOTES DOS REAGENTES