

## ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 0164/2024

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 **01/04/2024 a 06/04/2024**, 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 demanda trimestral do Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO de Caxias/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **01/04/2024 a 06/04/2024**.

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](mailto: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.

7.2. No preço ofertado deverão estar inclusos todos os insumos que o compõem, tais como as despesas com impostos, taxas, descontos, e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto deste Ato Convocatório.

7.3. Serão considerados inadequados e desta forma desclassificados os preços simbólicos, irrisórios, de valor

zero ou incompatíveis (excessivos) com os praticados no mercado e com distorções significativas.

**7.4.** Será efetuada a verificação da conformidade das propostas com os requisitos do Ato Convocatório e com os preços correntes no mercado, promovendo-se a desclassificação das propostas desconformes ou incompatíveis.

**7.5.** O preço será fixo e irrevogável durante o período de fornecimento.

**7.6.** O envio da proposta de preços implicará em plena aceitação, por parte da empresa proponente, das condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

**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 02/2020/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO" e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

**9.4.** Na ocorrência de rejeição da nota fiscal, motivada por erros ou incorreções, o prazo estipulado no item 10 passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.

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

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

• **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO de Caxias/MA**, localizado na Tv. Quininha Píres, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 8504-0110.

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

**12.1** A quantidade solicitada foi estimada de acordo com as necessidades da **CONTRATANTE**, desta forma **os pedidos mensais poderão sofrer variação de acordo com a demanda**. 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](mailto:compras.ma@invisa.org.br) o cronograma de sua entrega.

**14.** Os itens, objeto deste edital, deverão atender às exigências mínimas de qualidade, observados os padrões e normas baixadas pelos órgãos competentes de controle de qualidade industrial – ABNT, INMETRO, etc., atentando-se o proponente, principalmente, para as prescrições contidas no art. 39, inciso VIII, da Lei Federal n.º 8.078/90, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor – CDC.

**15.** A garantia dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 06 (seis) meses a partir da data de entrega do produto.

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

**16.1.** 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;

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

**16.3.** 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.

**17.** A **CONTRATADA** deverá fornecer os produtos dentro das especificações das normas da ABNT e do INMETRO, atendendo aos seguintes critérios:

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

**17.2.** 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.

**18.** 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.

**19.** 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.

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

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

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

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

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

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

26. 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.

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

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

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

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

complementar a instrução do processo.

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

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

**33. O contrato é acessório ao principal (CONTRATO DE GESTÃO nº 002/2020) 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.

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

Santo Antônio de Pádua/RJ, 01 de abril de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Bruno Soares Ripardo**  
Diretor-Geral  
Instituto Vida e Saúde - INVISA



## 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 XXXXXXX.

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 **XXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO DE CAXIAS/MA, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/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	009378	ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES,A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS.	BLOCO	60
2	004400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	24
3	003649	ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100FLS.	BLOCO	36
4	010226	AGENDAMENTO AMBULATORIAL, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	48
5	010233	AVALIAÇÃO DO NUCLEO DE SEGURANÇA- GRAU DO DANO,BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	120
6	009346	AVALIAÇÃO FONOAUDIOLOGIA FRENTE E VERSO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	48
7	010219	AVALIAÇÃO PRE OPERATORIO ANESTESICA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	120
8	010227	AVISO DE CIRURGIA LCA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
9	010228	AVISO DE CIRURGIA LESÃO MENISCO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
10	007083	BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
11	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
12	007092	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	24

13	008068	BLOCO DE ADMISSÃO DE PSICOLOGIA ? 100X1 BRANCO E AZUL	BLOCO	48
14	007082	BLOCO DE ATESTADO MÉDICO 100X1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	24
15	009570	BLOCO DE FICHA BALANÇO HIDRICO-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	24
16	004380	BLOCO DE FICHA CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO-CENTRO CIRURGICO 100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	120
17	009563	BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM AMBULATORIAL 100X1	BLOCO	48
18	009565	BLOCO DE FICHA SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-CCIH-100X1	BLOCO	36
19	009560	BLOCO DE RECEITUÁRIO RISCO CIRURGICO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	24
20	009559	BLOCO DE TERMO/PERMUTA/TROCA DE PLANTÃO-RH 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	24
21	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	48
22	007992	BLOCO FICHA PARA CONTROLE DE OPME 15X21 BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
23	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL	BLOCO	48
24	006945	BLOCO MONOCRÁTICO A4, CONTROLE ANTIMICROBIANO	BLOCO	12
25	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM, C/100 UNIDADES	BLOCO	120
26	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	120
27	004455	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, FRENTE	BLOCO	48
28	004437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, FRENTE	BLOCO	15
29	004286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	20
30	004492	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REQUISIÇÃO DE MATERIAL	BLOCO	24
31	004436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE, C/ 100 UNIDADES	BLOCO	2
32	004343	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
33	004397	BLOCO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	BLOCO	24
34	008008	BLOCO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA GERAL (FRENTE E VERSO) 100X1 BRANCO/AZUL	BLOCO	120
35	004306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
36	003642	BOLETIM DE CIRURGIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	120
37	004383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	36
38	010215	BUNDLE CATETER VENOSO CENTRAL, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	15
39	010216	BUNDLE CATETER VESICAL DE DEMORA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	15
40	009391	CHECK LIST PSICOBOX, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	12
41	010217	CHECK LIST- ROUND MULTIDISCIPLINAR, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	15
42	009369	CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO	BLOCO	120
43	010221	COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE- CCP, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36
44	010220	COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36
45	010231	CONSULTAS DO DIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
46	004393	CONTROLE DE CARGAS COM IMPLANTE	BLOCO	50

47	009394	CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE KIT CIRURGICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	60
48	004394	CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO	BLOCO	48
49	010218	CONTROLE DE HEMOTRANSFUÇÃO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	15
50	010213	CONTROLE DIARIO DE ESTOQUE DA AGENCIA TRANSFUSIONAL, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	60
51	010236	ETIQUETA DE DESINFECÇÃO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36
52	009379	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCO DE 100 PÁGINAS	BLOCO	120
53	006106	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	120
54	010237	ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	48
55	004312	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE Everso) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
56	009711	EVOLUÇÃO ENFERMARIA FISIOTERAPIA -IMPRIMIR SÓ FRENTE, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	48
57	009362	FICHA DE ADMISSÃO PRÉ HOSPITALAR	BLOCO	120
58	010229	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, BLOCO C/ 100UNIDADES	BLOCO	60
59	010232	FICHA DE AVALIAÇÃO BEIRA LEITO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	120
60	010225	FICHA DE EPIS, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
61	004338	FICHA DE INTERNAÇÃO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	48
62	008618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	120
63	004405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	120
64	010230	GUIA DE PROCEDIMENTOS, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
65	003644	GUIA DE RETORNO, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24
66	004563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	48
67	008620	MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	48
68	009385	MAPA DE TESTE DE COMPATIBILIDADE, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	60
69	009386	MAPA DE TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAIS, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	60
70	004402	MAPA DIARIO DE CURATIVOS, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36
71	009387	MAPA FISIOTERAPIA UTI 1, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	48
72	010234	PESQUISA DE AMBULATÓRIO OUVIDORIA, BLOCO C/ 100UNIDADES	BLOCO	24
73	010235	PESQUISA DE ENFERMARIA OUVIDORIA, BLOCO C/ 100UNIDADES	BLOCO	24
74	003643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	240
75	007157	PRESCRICAO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA EOUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	80
76	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	60
77	010214	REGISTRO DE CONTROLE DIARIO DA TEMPERATURA, BLOCO C/100 UNIDADES	BLOCO	60
78	010238	RELATORIO DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR, BLOCO C/100 UNIDADES	BLOCO	48
79	009343	RELATÓRIO DE HORA EXTRA	BLOCO	12
80	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120



81	007155	RELATORIO SAEP - COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSÕES E DO OUTRO, MAIS 2.	BLOCO	120
82	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	24
83	009363	SD SN MEDICAÇÕES INICIO PLANTÃO	BLOCO	240
84	010223	SERVIÇO MÉDICO DE FARMÁCIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	10
85	009393	SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	15
86	004299	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
87	009389	SOLICITAÇÃO DE SANGUE HEMOCOMPONENTES, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS	BLOCO	60
88	010224	SUBSTÂNCIAS FARMÁCIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	12
89	009366	TERMO DE CONSENTIMENTO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS	BLOCO	120
90	009390	TERMO DE CONSENTIMENTO DE ANESTESIA, A4, MONOCROMÁTICOS, BLOCOS DE 100 PÁGINAS (FRENTE E VERSO)	BLOCO	120
91	010222	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CURATIVOS, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36
92	003660	TERMO DE RESPONSABILIDADE SERVIÇO SOCIAL, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	36

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO de Caxias/MA**, localizado na Tv. Quininha Pires, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040.

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 0164/2024/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 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

1.3. O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA**, após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público (**Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**). Nesse caso o **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 **02/2020/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

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

**Banco: XXXXX**

**Agência: XXXXX**

**Conta Corrente: XXXX**

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

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

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

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

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

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO de Caxias/MA**, localizado na Tv. Quininha Pires, 805 - Centro, Caxias - MA, 65608-040 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 repostas 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. 0164/2024/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. 0164/2024/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. 0164/2024/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 0164/ 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**

# MODELO DOS FORMULÁRIOS

anos



## ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES

➤ DATA DA RESERVA: \_\_\_\_\_

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ABO/Rh DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: \_\_\_\_\_ ABO/RH DO HEMOC.: \_\_\_\_\_

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

---

➤ DATA DA RESERVA: \_\_\_\_\_

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ABO/Rh DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: \_\_\_\_\_ ABO/RH DO HEMOC.: \_\_\_\_\_

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

---

## ACOMPANHAMENTO DE RESERVAS DE HEMOCOMPONENTES

➤ DATA DA RESERVA: \_\_\_\_\_

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ABO/Rh DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: \_\_\_\_\_ ABO/RH DO HEMOC.: \_\_\_\_\_

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

---

➤ DATA DA RESERVA: \_\_\_\_\_

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ABO/Rh DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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

NUMERAÇÃO DO HEMOC.: \_\_\_\_\_ ABO/RH DO HEMOC.: \_\_\_\_\_

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

---

**CONTROLE DIÁRIO DE ESTOQUE DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

**Observações:**

1. Verificar todas as validades de hemácias e plasmas, separando os que estão a 10 dias de vencer, principalmente os sangues menos utilizados, para que sejam devolvidos ao HEMOMAR.
2. Atentar para a data de entrada do hemocomponente na agência, pois para que os mesmos sejam devolvidos em tempo hábil será necessário recebê-los com no mínimo 20 dias à vencer.
3. Verificar junto a clínica médica os sangues reservados (até 72h), para que sejam devolvidos ao estoque o mais rápido possível.

**Portaria MS nº 1.353, de 13.06.2011**

Art.117. Em relação à seleção de sangue e componentes para transfusão, devem ser observados os seguintes critérios:

- I. Os concentrados de hemácias devem ser ABO compatíveis; ou seja, não precisam ser necessariamente isogrupos (SEGUIR TABELA DE COMPATIBILIDADE FIXADA NA AGÊNCIA);
- IV. As transfusões de plasmas não necessitam de provas de compatibilidade e devem ser ABO compatíveis com as hemácias do receptor;
- VII. As transfusões de crioprecipitado não necessitam de provas de compatibilidade e, em crianças, devem ser isogrupos ou ABO compatíveis;
- VIII. O plasma contido nos concentrados de plaquetas deve ser preferencialmente ABO compatível com as hemácias do receptor.

**ESTOQUE ATUAL - DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORÁRIO: Manhã SD ( ) Noite SN ( )**

DADOS DO DIA CORRENTE								DADOS DO DIA ANTERIOR		
CONC. HEMÁCIAS	ESTOQ. GELAD.	ESTOQ. RESERVADO	C. HEMÁCIAS A VENCER NOS PRÓXIMOS 10 DIAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	QUANT. DEVOLUÇÃO VENCIDOS OU EXTRAVIADOS	ESTOQ. TOTAL	EST. DIÁRIO (Subjetivo)	QUANT. SOLICITADA HEMOMAR	ESTOQ. DIA ANTERIOR	ENT. HEM. AT	TOTAL DIA ANT.
O +						08 a 12				
O -						02 a 03				
A +						03 a 05				
A -						01 a 02				
B +						02 a 03				
B -						00 a 01				
AB +						01 a 02				
AB -						00 a 01				

DADOS DO DIA CORRENTE								DADOS DO DIA ANTERIOR		
PLASMA F. CONG.	ESTOQ. FREEZER	ESTOQ. RESERVADO	PLASMA À VENCER NOS PRÓXIMOS 10 DIAS	QUANT. DEVOLUÇÃO VENCIDOS OU EXTRAVIADOS	ESTOQ. TOTAL	EST. DIÁRIO (Subjetivo)	QUANT. SOLICITADA HEMOMAR	ESTOQ. DIA ANTERIOR	ENT. PLAM. AT	TOTAL DIA ANT.
O +						02 a 05				
O -						01 a 02				
A +						02 a 03				
A -						00 a 01				
B +						02 a 03				
B -						00 a 01				
AB +						02 a 04				
AB -						00 a 01				

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_ SUPERVISIONADO POR: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DIÁRIA PRÉ-SOLICITAÇÃO AO HEMOMAR:

CH	Qual a quant. de CH que pode ser liberado no momento?	Se for necessário de URGÊNCIA será possível a liberação de:	Qual a data e horário previsto para liberação?	PFC	Qual a quant. de PFC que pode ser liberado no momento?	Se for necessário de URGÊNCIA será possível a liberação de:	Qual a data e horário previsto para liberação?
O +		O + SIM ( ) NÃO ( )	( ) POSSIVEL?	O +		O + SIM ( ) NÃO ( )	( ) POSSIVEL?
O -		O - SIM ( ) NÃO ( )	DATA: ___/___/___	O -		O - SIM ( ) NÃO ( )	DATA: ___/___/___
A +		A + SIM ( ) NÃO ( )	HORÁRIO: ___:___h	A +		A + SIM ( ) NÃO ( )	HORÁRIO: ___:___h
A -		A - SIM ( ) NÃO ( )		A -		A - SIM ( ) NÃO ( )	
B +		B + SIM ( ) NÃO ( )	( ) CERTEZA?	B +		B + SIM ( ) NÃO ( )	( ) CERTEZA?
B -		B - SIM ( ) NÃO ( )	DATA: ___/___/___	B -		B - SIM ( ) NÃO ( )	DATA: ___/___/___
AB +		AB + SIM ( ) NÃO ( )	HORÁRIO: ___:___h	AB +		AB + SIM ( ) NÃO ( )	HORÁRIO: ___:___h
AB -		AB - SIM ( ) NÃO ( )		AB -		AB - SIM ( ) NÃO ( )	

OBS.: \_\_\_\_\_

NOME DO FUNCIONÁRIO HEMOMAR QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_ HOR. \_\_\_\_\_

ASS. FUNCIONÁRIO AT.: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



1. Nome completo:

2. Nº da Bolsa e Grupo Sanguíneo:

3. Localização:

4. Grupo ABO e fator RH do Receptor:

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5. Prova de Compatibilidade | Coombs Indireto (Receptor)
- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Realizada     | <input type="checkbox"/> Compatível   | <input type="checkbox"/> Negativo |
| <input type="checkbox"/> Não Realizada | <input type="checkbox"/> Incompatível | <input type="checkbox"/> Positivo |

Data e Nome do responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais



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



## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

### RECEPTOR

Nome completo:

Nº do prontuário/Registro Hospitalar:

Enfermaria:

Leito:

Grupo ABO e Fator Rh:

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI):

### BOLSA (S) DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUÍDAS / TRANSFUNDIDAS

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

### RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

(PROVA CRUZADA)

Realizada

Compatível

Incompatível

Não Realizada

Observação:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais

### INSTRUÇÕES: LEIA ANTES DE TRANSFUNDIR

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



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



## RECEPTOR

PREENCHA O CAMPO ABAIXO E ANEXE AO PRONTUÁRIO

### DECLARAÇÃO

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

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

### AO PRIMEIRO SINAL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

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

**Descreva a reação observada:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PARA USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

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





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



## SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

### C. HEMÁCIAS

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

### PLASMA

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

### C. DE PLAQUETAS

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

### CRIO-PRECIPITADO

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

### CONTROLE DE TEMPERATURA

Saída do Hospital:

Chegada Hemomar:

Saída do Hemomar:

Caxias – MA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

BIOQUIMICO PLANTONISTA

## MAPA DE TESTES DE COMPATIBILIDADE

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visto do Coordenador



## MAPA DE TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS – PACIENTE

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visto do Coordenador



**REGISTRO DE CONTROLE DIÁRIO DA TEMPERATURA**

TIPO / MODELO/ APLICAÇÃO:

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

DIA	PLANTÃO DIA (SD)					PLANTÃO NOITE (SN)					OBSERVAÇÕES
	HORA	TEMPERATURA °C			RUBRICA	HORA	TEMPERATURA °C			RUBRICA	
		MOM.	MÁX.	MIN.			MOM.	MÁX.	MIN.		
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											
31											

\*Faixa de temperatura indicada de Câmaras de refrigeração e de Congelamento para conservação de:

Concentrado de Hemácias	Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado	Reagentes
2°C a 6°C	-20°C a -30°C	2°C a 8°C

OBSERVAÇÕES/FALHA:

MANUTENÇÃO ESPECIAL:

1. ( ) Descongelamento / Limpeza
2. ( ) Comprovação da Temperatura com Termômetro Externo de Máximo e Mínimo
3. ( ) Outros Procedimentos Compatíveis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visto do Coordenador

## RELATORIO DE TRANSFUSÃO

Unidade Destino: \_\_\_\_\_

Dados do Receptor: \_\_\_\_\_ Numero Requisição: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente/ Receptor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data do Nascimento:	Sexo:	N° Registro/Prontuário
	M ( ) F ( )	

Número da Bolsa:	N° do Macarrão
------------------	----------------

Data da Transfusão:	Apto. ou Enfermaria:	Leito:
---------------------	----------------------	--------

### TESTE DE COMPATIBILIDADE

Salina: \_\_\_\_\_

Albumina: \_\_\_\_\_

Coombs: \_\_\_\_\_

### TIPAGEM SANGUINEA

Sistema ABO: \_\_\_\_\_

Sistema Rh: \_\_\_\_\_

Fenotipagem: \_\_\_\_\_

### SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc. de Hemácias: \_\_\_\_\_ ml Plasma Normal: \_\_\_\_\_ Und

Conc. de Plaquetas: \_\_\_\_\_ Und. Crioprecipitado: \_\_\_\_\_ Und

Plasma Fresco: \_\_\_\_\_ Und. Outros: \_\_\_\_\_ Und

### APLICAÇÃO

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável:



AGENCIA TRANSFUSIONAL HTO

Guia Medica para Hemocomponentes

SOLICITAÇÃO DE SANGUE / HEMOCOMPONENTES

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ SUS: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. N° do Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

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

Diagnostico: \_\_\_\_\_

( ) Centro Cirúrgico ( ) Clinica Medica ( ) Recuperação ( ) UTI ( ) ALA TERREO ( ) ALA 1º PISO  
( ) ALA PEDIATRIA

Hemocomponente (s) solicitado (s)

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

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão

Data do ultimo exame laboratorial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ N° de Plaquetas: \_\_\_\_\_ TAP: \_\_\_\_\_ TTPA: \_\_\_\_\_  
OBS.: \_\_\_\_\_  
Transfusões Previas? ( ) SIM ( ) NÃO Teve reações transfusional? ( ) SIM ( ) NÃO  
QUAL O TIPO? \_\_\_\_\_  
Antecedentes Gestacionais em números: Gesta ( ) Parto ( ) Aborto ( )

Tipos de Transfusão

( ) Programado dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
( ) De rotina (dentro de 24 horas)  
( ) De urgência (dentro de 3 horas)  
( ) De emergência (qualquer retardo acarretará risco de vida)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ Nome Completo e Carimbo do Medico





**UMA REQUISIÇÃO INCOMPLETA, INADEQUADA E ILEGÍVEL NÃO DEVE SER ACEITA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA  
ASTRANFUSÕES DEVEM SER REALIZADA, PREFERENCIALMENTE, NO PERÍODO DIURNO**

**(RDC 158/2016- MINISTERIO DA SAÚDE)**

Em cumprimento à Resolução - PORTARIA Nº 158, PUBLICADA EM 04/02/2016 (que substitui a RDC Nº 34/2014-MS), é obrigatória a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO + Rh e provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido.

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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

**AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS**

( ) DECLARO ESTA CIENTE DA NÃO DISPONIBILIDADE EM ESTOQUE, NO MOMENTO, DO HEMOCOMPONENTE DO MESMO GRUPO SANGUÍNEO DO MEU PACIENTE, PORÉM, DIANTE DA URGÊNCIA DO CASO, AUTORIZO A TRANSFUSÃO DE SANGUE DO HETEROGRUPO COMPATÍVEL.

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

**USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

Entregue por: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Área exclusiva

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HTO

SOLICITAÇÃO ATENDIDA (INFUNDIDA): 5( ) N ( )

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

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASS: \_\_\_\_\_



## CHECKLIST DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PRÉ- OPERATORIO



SETOR:		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome:		
Data De Nascimento:	Idade:	Sexo:
Data de Admissão:		
Horário da checagem com o paciente:		
<b>CHECKLIST</b>		
Pulseira de Identificação: ( ) Sim ( ) Não		
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso		
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica		
Jejum: ( ) Sim ( ) Não		
Banho com antisséptico: ( ) Sim ( ) Não		
Retirada de Próteses Dentária: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica		
Unhas sem esmaltes: ( ) Sim ( ) Não		
Retirada de Adornos: ( ) Sim ( ) Não		
Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Contato ( ) Gotículas ( ) Aerossóis		
Termo de Consentimento assinado: ( ) Sim ( ) Não		
Risco Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não		
Demarcação de Lateralidade: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica		
AVP: ( ) Sim ( ) Não Membros: ( ) MSE ( ) MSD		
Exame Laboratoriais: ( ) Sim ( ) Não Qual data foi realizado?		
Exame de Imagem: ( ) Sim ( ) Não Qual data foi realizado?		
Reserva de Hemoderivados: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica		
Alergia: ( ) Sim ( ) Não		
Condições de pele: ( ) íntegra ( ) Com lesão		
Uso de anticoagulante: ( ) Sim ( ) Não		
Realização de Teste Rápido (SWAB) - Covid 19: ( ) Sim ( ) Não		
Sinais Vitais: PA:	FC:	TAX:
OBS: Verificar 30 minutos antes do paciente ir para o Centro Cirúrgico.		
<b>OBSERVAÇÕES</b>		

Assinatura/ Carimbo – Responsável pelo Checklist







## Ficha de Admissão Pré - Hospitalar

<b>A – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ADMISSÃO – INTERNAÇÃO</b>	
DATA DE INTERNAÇÃO: ___/___/_____	Nº PRONTUARIO: _____
NOME DO PACIENTE: _____	
IDADE: _____	SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM.
CIRURGIÃO: _____	
CLINICA: _____	ENF. _____ LEITO: _____ HORA DA INTERNAÇÃO: _____
PROCEDIMENTO CIRURGICO: _____	
EXAMES ENTREGUES:	
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA EM JEJUM <input type="checkbox"/> TIPAGEM SANGUINEA <input type="checkbox"/> RISCO CIRURGICO <input type="checkbox"/> USG DE: _____ <input type="checkbox"/> TC DE: _____ <input type="checkbox"/> RAO X DE: _____ <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
EXAMES PENDENTES PRÉ-OPERATORIO: ( ) SIM ( ) NÃO	
QUAIS? _____	
MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR: ( ) NÃO ( ) SIM, NOME DA MEDICAÇÃO: _____	
TABAGISTA? ( ) NÃO ( ) SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____	
JÁ FUMOU? ( ) NÃO ( ) SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____	
JÁ BEBEU? ( ) NÃO ( ) SIM, HÁ QUANTO TEMPO E A QUANTIDADE: _____	
USO CRONICO DE OPIÓIDES E/OU ENTORPECENTES: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR: _____	
ALERGIAS: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR: _____	
ACUIDADE VISUAL: ( ) NÃO ( ) SIM	
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NÃO ( ) SIM	
PRESENÇA DE TOSSE, DISPNEIA, SECREÇÃO OU ASMA BRÔNQUICA: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR: _____	
ELIMINAÇÃO URINARIA: ( ) ESPONTANEA: ___ DIA. ( ) POR Sonda ___ ML, COR/ASPECTO _____	
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) PRESENTE: ___ DIA. ( ) AUSENTE HÁ ___ DIAS.	
<b>TECNICO DE ENFERMAGEM – ENFERMARIA</b>	
<b>PRONTUARIO:</b> ( ) SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO + FICHA DE ADMISSÃO: ( ) FICHA DE PRESCRIÇÃO MEDICA ATUAL; ( ) EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM ATUAL (TEC. + ENF.); ( ) COPIA DE DOCUMENTOS ( RG, CPF, Cartão do SUS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA); ( ) EXAMES.	
<b>PUNÇÃO VENOSA:</b> ( ) NÃO ( ) SIM,	LOCAL: _____ ABOCATH Nº _____
PROTESE DENTARIA: ( ) NÃO ( ) SIM DISPOSITIVO AUDITIVO: ( ) NÃO ( ) SIM UNHAS ESMALTADAS: ( ) NÃO ( ) SIM LENTES: ( ) NÃO ( ) SIM TRICOTOMIA: ( ) NÃO ( ) SIM ADORNOS: ( ) NÃO ( ) SIM FOI RETIRADA E ENTREGUE AO RESPONSAVEL: ( ) NÃO ( ) SIM.	
JEJUM: ( ) NÃO ( ) SIM DE _____ HORAS.	
PORTANDO SONDAS: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR: _____	
SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL PA.: ___/___ mmHg TAX: ___° F.C.: ___ bpm F.R.: ___ mrm SpO2: ___%	
ENCAMINHO AO CC: DATA: ___/___/_____ ÀS: ___ H: ___ min.	_____ ASSINATURA/CARIMBO

**B – PRÉ-OPERATORIO IMEDIATO – ENTRADA NO CENTRO CIRURGICO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_h:\_\_\_min.

Porte de Cirurgia: ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Nível de consciência: ( ) Lúcido ( ) Consciente ( ) Torporoso ( ) Desorientado ( ) Comatoso

Paciente relata ou apresenta: ( ) Ansiedade ( ) apreensão ( ) Nervosismo ( ) Duvidas sobre o procedimento

Deambulação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada, Especificar: \_\_\_\_\_

Cirurgias anteriores: ( ) Não ( ) sim, Qual?

PROCEDIMENTO:

**HEMODERIVADOS**

Solicitação hemoderivados: ( ) não ( ) sim (concentração de hemácias): confirmado: ( ) não ( ) sim

Uso de hemoderivados: ( ) não ( ) sim, especificar: \_\_\_\_\_

**ANTES DE INDUÇÃO ANESTESICA**

CIRURGIA PROPOSTA:

PACIENTE CONFIRMOU IDENTIDADE, SITIO CIRURGICO, PROCEDIMENTO E CONSENTIMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTESICA CONCLUÍDA? ( ) SIM ( ) NÃO

OXIMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO

VIA AREA DIFICIL / RISCO DE ASPIRAÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

RISCO DE PERDA SANGUINEA &gt;500ML (7ML/KG EM CRIANÇA)? ( ) SIM ( ) NÃO

INICIO DE ANESTESIA \_\_\_h\_\_\_min. Tipo de anestesia:

**ANTES DE INDUÇÃO CIRURGICA**CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM  
CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ( ) SIM ( ) NÃO  
SITIO CIRURGICO ( ) SIM ( ) NÃO  
PROCEDIMENTO ( ) SIM ( ) NÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ULTIMOS 60 MINUTOS? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

UTILIZAÇÃO DE BISTURI ELETRICO? ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL PLACA:

SOLUÇÃO UTILIZADA PARA DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO:

GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPO ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADO ( ) CONTAMINADO ( ) INFECTADO

APARELHO DE RAO X UTILIZADO NA SALA? ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL PLACA:

**HISTOPATOLOGIA**

PEÇA: QUANTIDADE: ENVIO AO LABORATORIO: ( ) SIM ( ) NÃO

DRENOS: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR

SONDA: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR

IRRIGAÇÃO VESICAL: ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR

CONTAGEM:

ESTRUMENTAIS CIRURGICOS ( ) SIM ( ) NÃO

COMPRESSAS ( ) SIM ( ) NÃO

ENCAMINHO AO RPA:

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ÀS: \_\_\_H:\_\_\_min.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA/CARIMBO**C. PÓS OPERATORIO DE RECUPERAÇÃO**

NIVEL DE CONSIÊNCIA: ( ) LUCIDO ( ) CONSIENTE ( ) TORPOROSO ( ) DESORIENTADO ( ) COMATOSO ( ) AGITADO ( ) OUTROS

HIDRATAÇÃO VENOSA: ( ) SIM ( ) NÃO VOLUME: \_\_\_\_\_ SOLUÇÃO  
INFUNDIDA \_\_\_\_\_

CURATIVOS COM SINAIS DE HEMORRAGIAS ( ) NÃO ( ) SIM, ESPECIFICAR

ENCAMINHO AO RPA:

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ÀS: \_\_\_H:\_\_\_min.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA/CARIMBO

Nome:	Leito:	DATA:	Turno:
<b>Prescrição de Enfermagem</b>	<b>Horário</b>	<b>ANOTAÇÕES</b>	
( ) Jejum ás			
( ) Verificar sinais vitais			
( ) Banhar			
( ) Realizar higiene oral x dia, turno			
( ) Realizar íntima x dia, turno			
( ) Sentar cliente na poltrona (ou leito), x dia			
( ) Observar e anotar as eliminações intestinais			
( )Realizar curativo			
( ) Aspirar secreções de vias aéreas superiores			
( ) manter grades elevadas			
( ) Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico			
( ) Observar e anotar aceitações alimentares			
( ) Manter cabeceira elevada de 30º 45º			
( ) Promover ambiente calmo, relaxante e seguro			
( ) realizar Mudança de Decúbito			
( ) Avaliar e registrar presença de dor ( EVA)			
<b>ESCALA DE DOR (EVA E EVN)</b>			
<b>MANHÃ</b>		<b>TARDE</b>	
		<b>NOITE</b>	



Nome:	Leito:	DATA:	Turno:	
<b>ESCALA DE MORSE FALL</b>		<b>ANOTAÇÕES</b>		
<b>Histórico de Quedas</b>				
Não	0			
Sim	20			
<b>Diagnóstico Secundário</b>				
Não	0			
Sim	15			
<b>Auxílio na Deambulação</b>				
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0			
Muletas/Bengala/Andador	15			
Mobiliário/Parede	30			
<b>Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado</b>				
Não	0			
Sim	20			
<b>Marcha</b>				
Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0			
Fraca	15			
Comprometida /Cambaleante	20			
<b>Estado Mental</b>				
Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0			
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15			
<b>TOTAL:</b>				
<b>Sem risco: 0-24    Baixo risco: 25-44    Alto risco: ≥ 45</b>				
<b>ESCALA DE BRADEN</b>				
<b>Percepção Sensorial</b>	1- Total	2 Muito limitado	3 Leve limitado	4 Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	1 -Excessiva	2 Muita	3 Ocasional	4 Rara
<b>Atividade</b>	1 -Acamado	2 Confinado à Cadeira	3 Deamb. Limita	4 Deamb. Frequent
<b>Mobilidade</b>	1 -Imóvel	2 Muito limitado	3 Discreta limita	4 Sem limitação
<b>Nutrição</b>	1 - Deficiente	2 Inadequada	3 Adequada	4 Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	1- Problema	2 Problema potencial	3 Sem problema	
<b>Sem Risco ≥ 19</b>	<b>Risco Leve 15 a 18 ( )</b>	<b>Risco Moderado 13 e 14 ( )</b>	<b>Risco Alto ≤ 12</b>	Total
ASSINATURA/CARIMBO				

## PRONTUARIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

NUMERO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ENCAMINHADO DA AERA: \_\_\_\_\_ G. LVO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO N°: \_\_\_\_\_ RAÇA COR: \_\_\_\_\_

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

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ GRAU DE INSTRUÇÃO: \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. ALTURA EM: \_\_\_\_\_ ESTADO NUTRICIONAL \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ INSTRUÇÃO PROVIDENCIARIA: ( ) SEGURADO ( ) DEPENDENTE ( ) OUTROS FILIAÇÃO: PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DENOMINAÇÃO E ENDEREÇO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES CLINICOS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES CLINICOS E FAMILIARES: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO CLINICA

IMEDIATO CONCISCO SOBRE A DOENÇA ATUAL: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

DATA DO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CLINICA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MEDICO QUE ADMITIU O PACIENTE: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO:**

- 1) Clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2) Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) Psiquiátrico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) Obstétrico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_ data da confirmação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmação: ( ) Clínico ( ) Raio X ( ) Laboratório a) ( ) sangue b) ( ) urina c) ( ) fezes d) ( ) escarro  
e) ( ) Anatomopatológico f) ( ) biopsia g) ( ) necropsia h) ( ) outros

Nome de Assinatura do médico responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_  
Nome de Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_  
Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_  
Dias de permanência hospitalar: \_\_\_\_\_

Paciente encaminhado para: 1 ( ) ambulatório 2 ( ) outro hospital 3 ( ) sem encaminhamento  
Assinatura do chefe do serviço: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do familiar: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nome e Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

O Subscrito certifica que a pessoa cuja o nome apareça no verso desta folha, paciente do Hospital \_\_\_\_\_ sai deste hospital contra a opinião do (a) medico (a). Faça constar que havendo sido advertido dos riscos que isso implica, isenta de todas as responsabilidades dos médicos assistentes e direção do hospital pelas consequências que daí possam resultar.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do familiar: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nome e Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_



<b>Nome:</b>			
<b>Data:</b>		<b>Prontuário:</b>	
<b>SD</b>		<b>SN</b>	
<b>Medicações encontradas no início do plantão</b>		<b>Medicações encontradas no início do plantão</b>	
MEDICAMENTO	QUANT	MEDICAMENTO	QUANT
<b>Medicações deixadas para o turno seguinte</b>		<b>Medicações deixadas para o turno seguinte</b>	
MEDICAMENTO	QUANT	MEDICAMENTO	QUANT
<b>Não conformidade</b>		<b>Não conformidade</b>	

Téc. de enf. Responsável

Téc. de enf. Responsável

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

### PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

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

### RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

### PROCEDIMENTO

Cirúrgico/Diagnósticos \_\_\_\_\_

Data de Cirurgia/Procedimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Declaro, para fins legais:

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



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Caxias-MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável

### MÉDICO RESPONSÁVEL

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

Caxias-MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**REVOGAÇÃO:** Caxias – MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável/Representante Legal

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO \_\_\_\_\_

### PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

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

### RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

1. Declaro que o médico \_\_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

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

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

Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

**CONSENTIMENTO** para a realização do procedimento acima descrito.

Caxias- MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

---

Paciente ou Responsável/ Representante Legal

---

Médico Responsável

---

Médico Responsável

#### **MÉDICO RESPONSÁVEL**

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

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

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

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

Caxias-MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

REVOGAÇÃO: Caxias-MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

---

Paciente ou Responsável/ Representante Legal





**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CAXIAS – MA  
AGENDAMENTO AMBULATORIAL**

( ) 1º CONSULTA ( ) RETORNO ( ) PÓS OPERATÓRIO

DATA \_\_\_\_\_

HORÁRIO \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_\_

SUS/CPF \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:**

- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS ( RG,CPF,CARTÃO DO SUS)
- TRAZER RESUMO DE ALTA OU AGENDAMENTO DE RETORNO

ATENDENTE: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CAXIAS – MA  
AGENDAMENTO AMBULATORIAL**

( ) 1º CONSULTA ( ) RETORNO ( ) PÓS OPERATÓRIO

DATA \_\_\_\_\_

HORÁRIO \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_\_

SUS/CPF \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:**

- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS ( RG,CPF,CARTÃO DO SUS)
- TRAZER RESUMO DE ALTA OU AGENDAMENTO DE RETORNO

ATENDENTE: \_\_\_\_\_



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)

SETOR: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ LT: \_\_\_\_\_



## AVISO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

---

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CIRURGIA:

MATERIAL:

CIRURGIÃO:

---

CAXIAS-MA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ LT: \_\_\_\_\_



## AVISO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

---

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CIRURGIA: RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA)

MATERIAL:

01 CARRINHO DE ARTROSCOPIA

02 PARAFUSOS DE INTEFERÊNCIA

01 OPTICA

01 EQUIPO 4 VIAS

02 FIOS GUIAS

01 FIO AGULHADA

01 SHAVER

01 ENDOBOTTON

CIRURGIÃO:

---

CAXIAS-MA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ LT: \_\_\_\_\_



## AVISO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

---

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CIRURGIA :

LESÃO DO MENISCO

MATERIAL:

01 OPTICA

01 SHAVER

01 EQUIPO DE 4 VIAS

01 LÂMINA DE SHAVER DE PARTES MOLES

CIRURGIÃO:

---

CAXIAS-MA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ LT: \_\_\_\_\_



## EXAMES

PACIENTE \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

SUS: \_\_\_\_\_

DATA DA REALIZAÇÃO \_\_\_\_\_

EXAME	TIPO	HORÁRIO
TOMOGRAFIA		
LABORATORIAL		
RAIO-X		
ULTRASSOM		
ECOCARDIOGRAMA		
ELETROCARGIOGRAMA		

DATA PARA RECEBER \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- TRAZER A REQUISIÇÃO DO EXAME
- DOCUMENTO COM FOTO





FICHA DE INTERNAÇÃO

DATA: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

DADOS DO RESPONSÁVEL

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

INTERNAÇÃO

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

.....  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

.....  
ASSINATURA DO ATENDENTE

.....  
ASSINATURA DO MÉDICO



TERMO DE RESPONSABILIDADE

PELO PRESENTE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

AUTORIZA O CORPO CLÍNICO DESTA INSTITUIÇÃO PRATICAR TODOS OS ATOS MÉDICOS, TÉCNICOS, TAIS COMO: ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO E O ATO ANESTÉSICO, SEMPRE QUE SE FIZER NECESSÁRIO PARA ADEQUADO TRATAMENTO HOSPITALAR.

1. DECLARO ESTAR INFORMADO QUE A INTERNAÇÃO DÁ DIREITO AO LEITO EM ENFERMARIA E QUE O HOSPITAL NÃO AUTORIZA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA OU SERVIÇO NESTES APOSENTOS.
2. RENUNCIO EXPRESSAMENTE A FACULDADE DE PEDIR EXONERAÇÃO DA FIANÇA ASSEGURADA NOS ARTIGOS 1.491, PARÁGRAFO ÚNICO; 1500, 1502 E 1503 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
3. RESPONSABILIZO-ME PELA RETIRADA DO PACIENTE DO HOSPITAL NO PRAZO MÁXIMO DE 04 (QUATRO) HORAS SUBSEQUENTES À ALTA.
4. NA OCORRÊNCIA DE SÁIDA DO PACIENTE FORA DAS HIPÓTESES DE ALTA MÉDICA OU ADMINISTRATIVA, O HOSPITAL FICARÁ ISENTO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE PELO MESMO E SEUS ATOS.
5. DELCARO TER RECEBIDO FOLHETO EXPLICATIVO CONTENDO INFORMAÇÕES SOBRE PERMISSÕES E PROIBIÇÕES, BEM COMO HORÁRIO DE TROCAS DE ACOMPANHANTES E VISITAS.

HORÁRIOS DE VISITAS ENFERMARIA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

UTI: \_\_\_\_\_

HORÁRIOS DE TROCAS DE ACOMPANHANTES: \_\_\_\_\_

CAXIAS-MA

---

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL



## GUIA DE PROCEDIMENTOS

NOME: \_\_\_\_\_

SOLICITO:

RETIRADA DE PONTOS

CURATIVO

RETIRADA DE FIOS DE KIRSCHNER



## GUIA DE PROCEDIMENTOS

NOME: \_\_\_\_\_

SOLICITO:

RETIRADA DE PONTOS

CURATIVO

RETIRADA DE FIOS DE KIRSCHNER



SECRETARIA DA  
SAÚDE



## GUIA DE RETORNO

NOME: \_\_\_\_\_

AGENDAR RETORNO PARA APROXIMADAMENTE

\_\_\_\_\_ DIAS

OBS: AGENDAR NA RECEPÇÃO



SECRETARIA DA  
SAÚDE



## GUIA DE RETORNO

NOME: \_\_\_\_\_

AGENDAR RETORNO PARA APROXIMADAMENTE

\_\_\_\_\_ DIAS

OBS: AGENDAR NA RECEPÇÃO







**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CAXIAS – MA  
RISCO CIRURGICO**

DATA \_\_\_\_\_

HORÁRIO \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_\_

SUS/CPF \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:**

- TRAZER AS CAIXAS DE REMÉDIOS INGERIDOS PELO PACIENTE
- SÓ É FEITO RISCO CIRURGICO COM EXAMES LABORATORIAIS E CARDIOLOGICO EM MÃOS

ATENDENTE: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CAXIAS – MA  
RISCO CIRURGICO**

DATA \_\_\_\_\_

HORÁRIO \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_\_

SUS/CPF \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:**

- TRAZER AS CAIXAS DE REMÉDIOS INGERIDOS PELO PACIENTE
- SÓ É FEITO RISCO CIRURGICO COM EXAMES LABORATORIAIS E CARDIOLOGICO EM MÃOS

ATENDENTE: \_\_\_\_\_









FICHA DE ACOMPANHAMENTO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROCEDENTE: ( ) AMBULATÓRIO ( ) UTI ( ) ALAS ( ) C.C

INTERNAÇÃO ATUAL: ( ) UTI ( ) ALAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

FATORES DE RISCO: ( ) DM ( ) HAS ( ) RENAL ( ) CARDIOPATA ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

PROCEDIMENTOS	DATA INICIAL	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA
AVP											
CVC											
TOT/VM											
SVD											

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS

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

HEMOCULTURAS/UROCULTURAS/SWABS

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

---

Assinatura do responsável pelo acompanhamento



### AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA ANESTÉSICA

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ SEXO ( )M ( )F DATA NASC: \_\_/\_\_/\_\_

COMORBIDADES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Coronariopatia			
Insuficiência Cardíaca			
Asma / DPOC			
Fraqueza Muscular/ Miopatia			
Diabetes			
Disfunção da Tireoide			
Disfunção Hepática			
Disfunção do Trato Gastrointestinal			
Alterações da Coagulação			
Distúrbio Neurológico			
Distúrbio Psiquiátrico			
Antecedentes de Hipertermia Maligna ou Complicações Anestésicas			
Tabagismo			
Etilismo			
Drogas lícitas			
Alergias a Latex ou Iodo			
Uso de AAS, Marevan, outros, Antiagregantes Plaquetários e Fitoterápicos			
Cirurgias Prévias			
Transfusão Sanguínea			
Medicação em Uso			
Outras patologias			
Fatores de risco para dificuldade de ventilação: ( ) SIM ( ) NÃO			
Índice de risco cardíaco modificado (LEE)			
Alguns procedimentos a realização do procedimento cirúrgico proposto SIM ( ) NÃO ( )			

#### CONDUTAS ANESTÉSICAS

- ( ) TROMBOPROFIAXIA  
( ) RESERVAR VAGA UTI  
( ) ADMINISTRAÇÃO DE CORTICOSTEROIDES ENTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA  
( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO ANESTESISTA



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DO MARANHÃO**  
**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia**



**BOLETIM DE ANESTESIA**

Nome:					Nº do prontuário									
Idade:		Peso:		Altura:		Pressão:		Pulso:		Respiração:		Temperatura:		
Grupo Sanguíneo:			Hemoglobina:			Hematócrito:			Glicemia:			Uréia:		
Urina:						Outros:								
Aparelho respiratório:						Asma:			Bronquite:					
Aparelho circulatório:						Eletrocardiograma:								
Aparelho Digestivo:				Dentes:		Pescoço:		Aparelho urinário						
Estado mental:				Atarácicos:		Corticoides:		Alergia:		Hipotensores:				
Diagnósticos pré-operatórios:														
Anestésias anteriores:														
Medicação pré-anestésica:						Aplicada às:			Efeito:					
Antibiótico profilático:						Dose:			Hora:					
HORÁRIO:														
<b>AGENTES ANESTÉSICOS</b>	<b>O2</b>													
	<b>SEVO</b>													
	<b>ISSO</b>													
<b>LÍQUIDOS</b>														
<b>CÓDIGO P. ARTERIAL O-PULSO O-OPERAÇÃO X - ANESTESIA O-OPERAÇÃO</b>	<b>260</b>													
	<b>240</b>													
	<b>220</b>													
	<b>200</b>													
	<b>180</b>													
	<b>140</b>													
	<b>120</b>													
	<b>80</b>													
	<b>60</b>													
	<b>40</b>													
	<b>X</b>	<b>20</b>												
<b>Símbolos</b>														
<b>Anotações</b>														
<b>Posição</b>														
<b>INDUÇÃO:</b>		Satisfatório Excelente <input type="checkbox"/>		Tosse: <input type="checkbox"/>		Laringo Esoasmo Náuseas <input type="checkbox"/>		Lenta Vômito <input type="checkbox"/>		Outros:				
<b>MANUTENÇÃO:</b>		ANESTESIA SATISFATÓRIA <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>		Por quê? : _____						

<b>AGENTES</b>			
<b>TÉCNICA</b>			
<b>CIRURGIÕES:</b>			
<b>PROCEDIMENTO:</b>			
<b>ANESTESIAS:</b>			
<b>OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA</b>			
<b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA - SRPA</b>			
ENTRADA:	DATA: ___/___/___	HORA: ___:___	PA ___ PULSO ___ SPO2 ___
<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>HORÁRIO</b>	
<b>DESPERTAR</b>			
REFLEXOS NA S.O: _____	OBSTR: _____	CO2: _____	EXCIT: _____
NAUSEAS: _____	VÔMITOS: _____	OUTROS: _____	
COM CÂNULA PARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	CONDIÇÕES GERAIS: _____
<b>CONDIÇÕES DE ALTA SRPA</b>			
DATA: ___/___/___	HORA: ___:___	PA ___ PULSO ___ SPO2 ___	REFLEXO NA S.O: _____
OBSTR: _____	CO2: _____	EXCIT: _____	
NAUSEAS: _____			
DESTINO DO PACIENTE:			
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> SEMI-INTENSIVA	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> OUTROS HOSPITAIS		
<b>ASSINATURA E CARIMBO COM CRM</b>			
<b>COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)</b>			
ÓBITO: NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	DATA: ___/___/___	HORA: ___:___
<b>DATA</b>	<b>ASSINATURA E CARIMBO COM CRM</b>		
	_____		



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

## BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Operação: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_

Auxiliares 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

Instrumentadora \_\_\_\_\_ Circulante \_\_\_\_\_

Descrição Cirúrgica (descreva os órgãos e registre os achados Patológicos).

Achados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Técnica e Tática Cirúrgica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acidente – Incidente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Cirurgião – CRM \_\_\_\_\_



DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      RESPONSÁVEL

CHECKLIST DO CENTRO CIRÚRGICO							
EQUIPAMENTOS	SO 1		SO 2		SO3		OBS
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
FOCO DE TETO							
MESA CIRÚRGICA (COM CABO DE FORÇA E CONTROLE)							
APOIOS DE BRAÇO (COM CINTA PARA IMOBILIZAÇÃO)							
IMOBILIZADOR							
GASES DE REDE							
ASPIRADOR PORTATIL (COM FRASCOS E BORRACHA)							
MONITOR							
CABOS DO MONITOR (CABO DE FORÇA, MANGUITO P.A., ECG, SATURAÇÃO)							
BISTURI ELÉTRICO (CARRO, PEDAL BIPOLAR E PLACA DE BISTURI)							
PLACA DE BISTURI INFANTIL							
CARRO DE ANESTESIA (COM CAL SOLDADA)							
TRAQUEIAS E BALAO DO VENTILADOR MECÂNICO							
RODILHA							
UNIDADE VENTILATORIA INFANTIL (COM TRAQUEIA, CONECTORES E MÁSCARA)							
FIO GUIA PARA ENTUBAÇÃO							
KIT LARINGOSCÓPIO ADULTO (CABO; LÂMINAS CURVAS E RETAS; N 2,3 E 4)							
KIT LARINGOSCÓPIO ADULTO (CABO; LÂMINAS CURVAS E RETAS; N 0, 1 E 2)							
MANGUITO INFANTIL							
BALA DE NITROGÊNIO							
MANÔMETRO							
MESA DE MAIO (2 UNIDADES)							
CONTROLE AR CONDICIONADO							
CAIXA DE DESCARTE E PERFUROCORTANTES							
LIXEIRAS (COMUM E DESCARTÁVEL)							
SUORTE DE SORO							
HAMPER							
BANCO							
ESCADA PARA MESA CIRÚRGICA							
MESA DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO							
EXTENSÃO ELÉTRICA							

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

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





**CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE OPME DO SETOR DO C.C**

Paciente			DATA: __/__/__	
Procedimento			CIRURGIÃO:	
Ítem	Descrição do Material	QTD	Nº DO LOTE	REPRESENTANTE/EMPRESA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
Cicurlante		Instrumentador:		

GASTO DE SALA				DATA:		ASSINATURA DO CIRCULANTE:		
				CLÍNICA:		ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:		
NOME:				PRONTUÁRIO:		LEITO:		
ANESTESIA:		INÍCIO:		TÉRMINO:		DURAÇÃO:		
CIRURGIÃO:			ANESTESIOLOGISTA:			SALA:		
AUXILIAR - 1:		AUXILIAR - 2:		AUXILIAR - 3:				
PROCEDIMENTO (5):								
DATA HORA:		A. TERMO PREMATURO		NATI-MORTO ÚNICO MASCULINO		MÚLTIPLOS		
				NEO-MORTO ÚNICO		MASCULINO		
						FEMININO		
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
	ATADURAS		20	Pancuronio, brom. 2mg/mL amp			DIVERSOS	
1	Algodão Ortopédico nº		21	Papaverina 100mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Alredio Ortonidico nº		22	Petidina 50mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe nº		23	Propofol 10mg/mL amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Andura Crepe nº		24	Surfantanila 50mcg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada nº		25	Surfantanila 50mcg/mL fr		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gescada nº		26	Suxametonio 100mg/5mL amp		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada nº		27	Tiopental 1g fa		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão.Hidrofílico em bola		28	Vecurônio 4mg amp		8	Agulha Descartável 40x12	
						9	Agulha Descartável de Raque	
						10	Aparelho de barbear desc.	
	ANTISSÉPTICOS /SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS		11	Bisturi Descartável	
1	Água Destilada 250mL fr		1	Água para Injeção 10mL amp		12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
2	Água Destilada 500mL fr		2	Amido Hidroxietílico 500mL fr		13	Bolsa de Colostomia	
3	Água Oxigenada 1C00mL fr		3	Amiodarona 50mg/mL 3ml amp		14	Cal Sodada	
4	Álcool a 70% 200mL fr		4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		15	Canula para Traqueostomia n'	
5	AGE - Ac Graxos 200mL fr		5	Bicar de Sódio 8,4% amp		16	Capa para Microcamera	
6	Clorex 4% Degermante 200mL fr		6	Cefalotina 1g fr		17	Capa para microscópio	
7	Clorex - Alcoólica 0,5% 200mL fr		7	Captopril 25mg com		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
8	Éter Sulfúrico 200mL fr		8	Cefazolma 1g fa		19	Cateter Epidural	
9	PVPI- Dgermante 200mL fr		9	Clor. Potásio 10% 10mL amp		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
10	PVPI- Sol Aquosa 200 mL fr		10	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		21	Cateter P Venosa - n°	
11	PVPI- Sol Alcoólica 200mL fr		11	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		22	Cateter P Venosa - n°	
12	S Fisiolog 0,9% 250mL fr		12	Clor Sódio 20% 10ml amp		23	Cateter P/Aspiração n°	
13	S Fisiolog 0,9% 500mL fr		13	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		24	Clamps Umbilical	
			14	Dipirona 500mg/mL amp		25	Cera para osso	
			15	Dopamina 50mg/10mL amp		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
	ANESTÉSICOS E COADJUVANTES		16	Epinefrina 1mg/mL amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
1	Alfentanila 0,5mg/mL amp		17	Escopolamina 20mg/mL amp		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
2	Atracurio 10mg/mL amo		18	Etilefrina 10mg/mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	
3	Bupiv + Epinefrina 0,5% fa		19	Furosemda 10mg/mL 2mL amp		30	Dreno de Toráx - Kit n°	
4	Bupiv Isobárica 0,5% 4mL amp		20	Soro Glicosado 5% 500mL fr		31	Dreno em "T" kherr	
5	Bupiv + Glic Anidra 0,5%+8% amp		21	Glicose 25% 10mL amp		32	Dreno Penrose	
6	Bupivacaina 0,5% fa		22	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp		33	Dreno Suctor	
7	Cetamina 50mg/mL 10mL fa		23	Hep Sódica 5000IU/mL 10mL fa		34	Eletrodo Descartável	
8	Diazepan 2,5mg/mL amp		24	Hidrocortisona 500mg fa		35	Equipe Fotossensível	
9	Droperidol 2,5mg/mL amp		25	Moitol 20% 250mL		36	Equipo Irrg. 4 vias - Próstata	
10	Etomidato 2mg/ mL amp		26	Metilergometrina 200mg/mL amp		37	Equipo Microgotas c/câmaras grad	
11	Fenitoína 50mg/ mL amp		27	Metoclopramida 5mg/mL amp		38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta	
12	Fentanila 0,05mg/mL fa		28	Neostigmina 0.5mg/mL amp		39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta	
13	Fentanila 0,05mg/mL amp		29	Nitroprussiato de Sódio 50mg fa		40	Equipo plást c/injetor lateral gotas	
14	Halotano 'Cher.fl		30	Norepinefrina 1mg/mL amp		41	Equipo plást c/inj lat microgotas	
15	Isoflurano 100mL amp		31	Oxitocina SUL/mL amp		42	Escova Desc - Degermação	
16	Lidocaína 2% 5ml amp		32	Papaverina 100mg/2mL amp		43	Esparadrapo comum 10x4,5cm	
17	Lidocalina 2% Gel' Tubo		33	Prometazina 25mg/mL 2mL amp		44	Esparadrapo micropore 2,5x10cm	
18	Midazoian 5mg/mL amp		34	Protamina. Sulf. 1% 5mL amp		45	Esponja Hemost Celulose	
19	Morfina sulf 0.2mg/ mL amp		35	Ringer Lactado 500mL amp		46	Esponja Hemost	

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
	CONT. DIVERSOS			OPME/ÓRTESE/PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS			DIVERSOS	
47	Lâmina de Bisturi n°					6	Catgut cromado 2-0	
48	Liga Clip 300					7	Catgut cromado 3-0	
49	Liga Clip 400					8	Catgut cromado 4-0	
50	Luva Cirúrgica Estéril					9	Catgut cromado 5-0	
51	Luva Cirúrgica Estéril					10	Catgut simples 0	
52	Luva de procedimento					11	Catgut simples 1-0	
53	Scaip n° 23					12	Catgut simples 2-0	
54	Scalp n° 25					13	Catgut simples 3-0	
55	Seringa Descartável 1mL					14	Catgut simples 4-0	
56	Seringa Decartável 3mL					15	Fio de Marcapasso	
57	Seringa Descartável 5mL					16	Polidioxanona - PDS 5-0	
58	Seringa Descartável 10mL					17	Poliester - Ethibond 0	
59	Seringa Descartável 20mL					18	Poliester - Ethibond 2	
60	Seringa Decartável 50mL					19	Poliester - Ethibond 2-0 com Teflon	
61	Seringa Descartável de isulina					20	Poliester - Ethibond 2-0 sem Teflon	
62	Sonda folley 2 vias n°					21	Poliester - Ethibond 4-0 com Teflon	
63	Sonda folley 3 vias n°					22	Poliester - Ethibond 4-0 sem Teflon	
64	Sonda Nasogástrica					23	Poliester - Ethibond 5	
65	Sonda p/ Aspiração tranqueal n°					24	Poliester-Eth Valvekit 2-0 Aórtico	
66	Sonda Retal n°					25	Poliester-Eth Valvekit 2-0 c/ Teflon	
67	Sonda Uretral n°					26	Poliester-Eth Valvekit 2-0 s/ Teflon	
68	Torneirinha 3 vias n°					27	Poliglactina - Vicryl 0	
69	Tubo Endotraqueal Aramado n°					28	Poliglactina - Vicryl 1	
70	Tubo Endotraqueal n°			GASES		29	Poliglactina - Vicryl 2-0	
71	Tubo Endotraqueal p/Toráx		1	Ar comprimido		30	Poliglactina - Vicryl 3-0	
72	Vaselina		2	Oxigênio - o2		31	Poliglactina - Vicryl 4-0	
	EQUIPAMENTOS		3	Gás Carbônico - CO2		32	Polipropileno-Prolens 1	
1	Aparelho de Anestesia		4	Protóxido de Nitrogênio - N30		33	Polipropileno-Prolens 2-0	
2	Artroscópio					34	Polipropileno-Prolens 3-0	
3	Aspirador					35	Polipropileno-Prolens 4-0	
4	Aspirador Ultrasônico			FIOS DE SUTURA SEM AGULHA		36	Polipropileno-Prolens 5-0	
5	Balão intra-aórtico		1	Algodão-<Poliester - Polycot 0		37	Polipropileno-Prolens 6-0	
6	Bisturi Bipolar		2	Algodão+Poliester - Polycot 2-0		38	Polipropileno-Prolens 7-0	
7	Bisturi Elétrico		3	Algodão+Poliester - Polycot 3-0		39	Polipropileno-Prolens 8-0	
8	Capinógrafo		4	Algodão+Poliester - Polycot 4-0				
9	Desfibrilador		5	Catgut cromado o				
10	Drill		6	Catgut cromado 2-0			FIO DE SUTURA COM AGULHA CORT.	
11	Fonte de Luz		7	Catgut cromado 3-0			Algodão+Poliester - Polycot 2-0	
12	Furadeira Elétrica		8	Catgut cromado 4-0		1	Algodão+Poliester - Polycot 3-0	
13	Gerador de Marcapasso		9	Catgut simples 0		2	Fio de aço - Aciflex 1	
14	Glicosímetro		10	Catgut simples 2-0		3	Fio de aço - Aciflex 4	
15	Laringoscópio		11	Catgut simples 3-0		4	Fio de aço - Aciflex 5	
16	Máquina de Cardioplegia					5	Nylon - Mononylon 2-0	
17	Máquina de Circ Extracorp					6	Nylon - Mononylon 3-0	
18	Máquina de TCA					7	Nylon - Mononylon 4-0	
19	Microscópio Cirúrgico			FIOS DE SUTURA COM AG. CILINDRICA		8	Nylon - Mononylon 5-0	
20	Monitor de ECG		1	Algodão+Poliester - Polycot 2-0		9	Nylon - Mononylon 6-0	
21	Oxímetro de Pulso		2	Algodão+Poliester - Polycot 3-0		10	Poliglactina - Vicryl 3-0	
22	Ressectoscopia		3	Algodão+Paliester - Polycot 4-0		11	Poliglactina - Vicryl 4-0	
23	Serra Elétrica p/estamostomia		4	Catgut cromado 0		12	Poliglactina - Vicryl 5-0	
24	Tensiómetro							
25	Ultrasound Portátil							
26	Videocistoscopia							
27	Videolaparoscopia							



### MAPEAMENTO DE CIRURGIA - SISTEMA WARELINE

DATA DA CIRURGIA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ D N: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CIRURGIA: \_\_\_\_\_ LADO: ( ) D ( ) E. SALA: \_\_\_\_\_  
 ENTRADA NA SO: \_\_\_:\_\_\_H INÍCIO DE CIRURGIA: \_\_\_:\_\_\_H HORARIO DA DURAÇÃO PREVISTA: \_\_\_\_\_  
 TÉRMINO REAL (SUTURA): \_\_\_:\_\_\_H TÉRMINO DA CIRURGIA (SAIDA NA SO): \_\_\_:\_\_\_H HORARIO DA DURAÇÃO REAL: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGIA: \_\_\_\_\_ TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ PRONTUARIO: \_\_\_\_\_  
 CARÁTER: ( ) ELETIVA: programada ( ) URGÊNCIA: de 24 à 48h ( ) EMERGENCIA: imediato até 24h

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

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

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

REOPERAÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM

USO DE PRÓTESE: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO**

**ANATOMO-PATOLÓGICO** ( ) NÃO ( ) SIM

**SANGUE:** ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_

**ANTIBIÓTICO** ( ) NÃO SE APLICA ( ) NÃO

( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

( ) EM USO

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

**EMPRESA / OPME:**

**TECNICO DE ENFERMAGEM/ COREN:**



# PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

HORA DE INÍCIO \_\_: \_\_

HORA DE TÉRMINO \_\_: \_\_

ETIQUETA DO PACIENTE OU:

NOME: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRIO
<p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe a Pulseira de Identificação do paciente está com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO</p> <p>Consentimento informado assinado pelo paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Qual local da cirurgia? _____</p> <p>Qual procedimento a ser realizado? _____</p> <p>Qual lado? <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> DIREITO</p> <p>O sítio cirúrgico foi marcado? <input type="checkbox"/> SIM <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"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, _____</p> <p>Há risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Há reserva no Banco de Sangue? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><b>CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA</b></p> <p>O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____ Hora: __: __</p>	<p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções</li> <li>• Peça ao cirurgião que confirme verbalmente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação do paciente</li> <li>2. Local da cirurgia a ser realizada</li> <li>3. Procedimento a ser realizado</li> </ol> </li> </ul> <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</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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe.</p> <p>Houve mudança no procedimento realizado? SIM NÃO</p> <p>A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? SIM NÃO</p> <p>As peças cirúrgicas estão identificadas com o nome do paciente? SIM NÃO</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? SIM NÃO, _____</p> <p>Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____ _____ _____ _____</p>

**ANESTESIOLOGISTA**

**TÉC. DE ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM**

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA



ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPETAÓRIO

PACIENTE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_
MÉDICO (A): \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Alergia ( ) SIM ( ) NÃO - Cirurgias Anteriores ( ) SIM ( ) NÃO - Hipertenso ( ) SIM ( ) NÃO - Diabetes ( ) SIM ( ) NÃO - Dislipidemias ( ) SIM ( ) NÃO - Tabagismo ( ) SIM ( ) NÃO - Medicações em uso ( ) SIM ( ) NÃO - Quais? \_\_\_\_\_ -Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): ( ) SIM ( ) NÃO - Quais? \_\_\_\_\_

PREPARO

Table with 4 columns: Procedure, Horário, Description, Horário. Rows include Jejum, Tricotomia, Preparo de Pele, Lavagem Intestinal, Retirada de Próteses Dentárias/Lentes, Retirada de Esmaltes/Óculos/Outros, Antibiótica/Profilaxia, Medicções Analgésicas, Avaliação Cardiológica, and Avaliação Clínica-Médica.

EXAMES

Avaliação Pré-Anestésica ( ) SIM ( ) NÃO RX ( ) SIM ( ) NÃO
Avaliação Cardiológica: ( ) SIM ( ) NÃO Exames Laboratoriais ( ) SIM ( ) NÃO
Tomografia ( ) SIM ( ) NÃO Quais? \_\_\_\_\_
Ressonância ( ) SIM ( ) NÃO Outros/Quais? \_\_\_\_\_

ESTADO NEUROLÓGICO

Orientado ( ) Desorientado ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Agitado ( ) Confuso ( )

PELE E ANEXOS

Sem alterações ( ) Edema ( ) Icterícia ( ) Cianose ( ) Efisema ( ) Palidez ( )
nHg) \_\_\_\_\_ FC (bpm) \_\_\_\_\_ R (incrm) \_\_\_\_\_ Tax (°C) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Técnico em Enfermagem Enfermeiro

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Empty table rows for admission details.

**TRANS-OPERATÓRIO**

Sala \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ Membro/Lado a ser operado ( ) Direito ( ) Esquerdo  
 Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião \_\_\_\_\_ 1º Auxiliar \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar \_\_\_\_\_  
 Anestesista \_\_\_\_\_  
 Instrumentador \_\_\_\_\_ Circulante \_\_\_\_\_

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**


MEDICAÇÕES	HORÁRIOS	SINAIS VITAIS	INÍCIO	TRANS	TÉRMINO

**ANESTESIA**

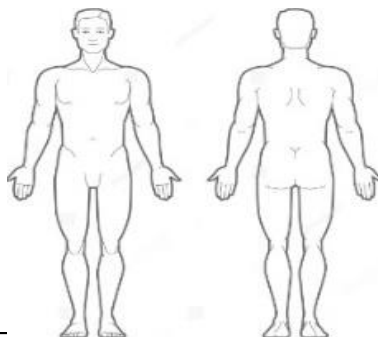
Sedação ( ) Local ( ) Raque ( ) Bloq. Plexo ( ) Peridural ( ) Peridural Contínua ( ) Geral Venosa ( )  
 Geral Inalatória ( ) Geral Combinada ( ) Bloq. Bleer ( )

**EQUIPAMENTOS USADOS**

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

**POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA**

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



**LEGENDA**

	Placa de bisturi
	Monitorização Cardíaca
	Incisão Cirúrgica
	Garrote Pneumático/Smarch
	Sonda Vesical
	Venoclise
	Tubos e Drenos

**QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS**

Compressas Grandes Abertas \_\_\_\_\_ Compressas grandes conferidas \_\_\_\_\_  
 Compressas pequenas Abertas \_\_\_\_\_ Compressas pequenas conferidas \_\_\_\_\_  
 Agulhas abertas \_\_\_\_\_ Agulhas conferidas \_\_\_\_\_

TABELA PARA ESCALA DE ALDERT		
ATIVIDADE	0	Incapaz de mover
	1	Move 2 membros
	2	Move 4 membros
RESPIRAÇÃO	0	Apnéia
	1	Dispnéia, Hipoventilação
	2	Respiração Profunda, Tosse
CONSCIÊNCIA	0	Não Responde
	1	Desperto ao chamar
	2	Completamente acordado
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA = ou < que 50% do pré-anestésico
	1	PA < 20 ou 49% do pré-anestésico
	2	PA normal ou até 20% que o pré-anestésico
SATURAÇÃO (SpO2)	0	SpO2 < 90% mesmo com O2 suplementar
	1	Necessidade de O2 para manter SpO2 90%
	2	SpO2 < 90% resp. em ar ambiente

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK					CONTROLE DE PERDAS			
HORA	0'	30'	60'	90'	HORA	0'	30'	60'
Atividade					SNG			
Respiração					SVD			
Consciência					DRENOS			
Circulação					IRRIG. C			
Saturação					TOTAL			
Total								

**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)**

PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			

**EVOLUÇÃO**


**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**


**ENCAMINHADO COM:**

Venoclise ( ) _____	SVD ( ) SNE ( )	Sonda de Gastrostomia ( )
Dreno ( ) Tipo _____	Irrigação Contínua ( )	Bolsa de Colostomia ( )
Curativo ( ) _____	Imobilizador MMII ( )	Cateter Peridural ( )
Máscara de O2 ( ) _____	Cateter de O2 ( )	Ventilação Mecânica ( )
DESTINO: Apartamento ( )	UCI ( ) Leito _____	Domicílio ( ) Hora _____



**CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERELIZADOS E UTILIZAFDOS NO PROCEDIMENTO**  
MATERIAIS ESTERELIZADOS (INTEGRADOS E INDICADORES DE ESTERELIZAÇÃO)

--	--	--

--	--	--

--	--	--

**PÓS-OPERATÓRIO**

SRPA ( )

UTI ( )

EXTERNO ( )

**EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**


Oxigênio ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Ligado \_\_\_\_\_ Desligado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Técnico de Enfermagem

**CONTROLE DOS SINAIS VITAIS**

HORA	0'	15'	30'	45'	60'	75'	90'
PA							
SpO2							
Pulso							
Respiração							
Temperatura							

**ESCALA NUMÉRICA DA DOR**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

....

<...> <...> <...> <...> <...> <...> <...> <...> <...> <...> <...>

HORA	DOR	MEDICAÇÃO
:		
:		
:		



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE AMPUTAÇÃO DE  
MEMBROS FM.CC.001-00

**PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

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

**RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Dt. de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

Caxias- MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável/ Representante Legal

---

Médico Responsável

---

Médico Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL

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

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

Comprometo-me a discutir e esclarecer as questões relacionadas ao evento com o paciente ou sua família posteriormente **(em situação de Emergência, dois médicos devem assinar)**.

Caxias, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

REVOGAÇÃO: Caxias- MA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora\_\_\_\_\_

---

Paciente ou Responsável/ Representante Legal



### CONTROLE DE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTE - CME

DATA DO TESTE: ___/___/___	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
CIRURGIA: _____ FORNECEDOR: _____	
MATERIAIS: _____	
INIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: ( + ) ( - )	
INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORARIO DE LIBERAÇÃO DO MATERIAL: _____	
FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____	
OBS.: _____	

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

INIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: ( + ) ( - )	
INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____	
OBS.: _____	

### CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 AUTOCLAVE \_\_\_\_\_  
 HR \_\_\_\_:\_\_\_\_

 TURNO: \_\_\_\_\_  
 TEC. \_\_\_\_\_  
 ENFª RESP. \_\_\_\_\_

 CARGA: \_\_\_\_\_  
 GRAU: \_\_\_\_\_  
 LOTE: \_\_\_\_\_

CARGA BIOLÓGICA: SIM ( ) Não: ( )

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

 Tecidos \_\_\_\_\_  
 M. Avulsos \_\_\_\_\_

 M. Consumo \_\_\_\_\_  
 Caixas HTO \_\_\_\_\_

 Caixas Médicos \_\_\_\_\_  
 M. Consignados \_\_\_\_\_





## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



## DESINFECÇÃO

SETOR: \_\_\_\_\_  
 ENTREGUE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_

□



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ETIQUETA ESTERILIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA PREP. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DATA ESTER. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 VALIDADE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CICLO: \_\_\_\_\_  
 ASS: \_\_\_\_\_



### ADMISSÃO DE PSICOLOGIA

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome

Idade:

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Estado civil:

Cidade:

Profissão/ Ocupação

Filhos:

Naturalidade:

Religião:

COMORBIDADES:

( ) HAS ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) Reumatismos ( ) AVC ( ) Neoplasia ( ) Outras:

HÁBITOS SOCIAIS:

( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Sedentário ( ) Pratica esportes/ Caminhada

CONSCIÊNCIA/ MEMÓRIA

Nível de consciência: ( ) Vigil ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado

Memória prejudicada: ( ) Sim ( ) Não ( ) Demência senil ( ) Alzheimer

#### HISTÓRICO DA DOENÇA/ADOCIMENTO

#### HISTÓRIA DO ADOECIMENTO PSÍQUICO

#### DESCRIÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO PACIENTE

#### DESCRIÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL GERAL DO FAMILIAR

#### CONDUTA

Assinatura/Carimbo

AVALIAÇÃO DE FONOAUDIOLÓGICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS

Leito \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Funções Cognitivas: Alterados ( ) SIM ( ) NÃO

Órgãos Miofuncionais Orais:

Alterações de Mastigação? ( ) SIM ( ) NÃO

Alterações na deglutição? ( ) SIM ( ) NÃO

Comunicação de linguagem:

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

Alterações

Acuidade Auditiva ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

Acuidade Visual ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

Procedimento:

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

( ) Fono terapia Indireta ( ) Gerenciamento de VO

Via de Alimentação

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

Morfologia:

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

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

Conduta:

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

Evolução

---

---

---

---

---

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO NA ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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



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







**FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA - ENFERMARIA**

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

1. DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

1.1 História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

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

3. EXAME FÍSICO:

- Sinais Vitais FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg FR: \_\_\_\_\_ ipm SatO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_% T: \_\_\_\_\_°C  
- Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m

3.1 Avaliação Neurológica

- Glasgow: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

3.2 Inspeção

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

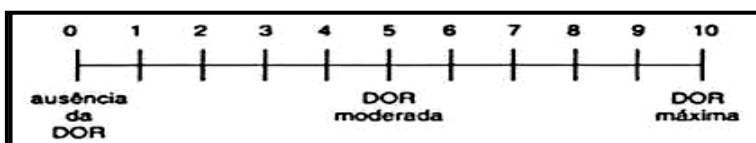
3.3 Avaliação Motora

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

3.4 Avaliação Respiratória

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

4. AVALIAÇÃO DA DOR




5. CONDUTA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MAPA DA FISIOTERAPIA - UTI**

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ . ADM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. LEITO: \_\_\_\_\_

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



**MAPA DA FISIOTERAPIA - UTI**

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_/\_\_/\_\_ IDADE: \_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ . ADM: \_\_/\_\_/\_\_. LEITO: \_\_\_\_\_

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

**MAPA  
 FONOAUDIOLOGIA**

<b>NOME:</b>						<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	
<b>NOME SOCIAL:</b>									
<b>LEITO:</b>		<b>PESO:</b>	<b>ALTURA:</b>						
<b>DATA /</b>	<b>COMUNICAÇÃO LINGUAGEM</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VIA DE ALIMENTAÇÃO</b>	<b>CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA</b>	<b>HIGIENE ORAL</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>			
<b>M A R H Ã</b>	( ) Compreensão ( ) Expressão ( ) Afasia _____ ( ) Fala Fluente ( ) Fala não Fluente ( ) Uso de VF ( ) Disartria ( ) Não Contactuante ( ) Voz _____	( ) Avaliação estrutural ( ) Avaliação funcional ( ) Fonoaterapia direta ( ) Fonoaterapia indireta ( ) Gerenciamento de HO ( ) Gerenciamento de VO	( ) VO ( ) SNE ( ) SNE + VO ( ) GTT ( ) GTT + VO ( ) PARENTERAL  _____ _____ _____	( ) VM Tempo _____ ( ) IOT Tempo _____ ( ) Extubação _____ ( ) TQT: ( ) Plástica ( ) Metálica ( ) O2 ( ) Mascara Concentradora ( ) AA  • Saturação de O2 SpO2 durante alimentação _____ % SpO2 após alimentação _____ %  • Queda da SpO2: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) BEG ( ) REG ( ) MEG	_____ Profissional Responsável			
	<b>T A R D E</b>	( ) Compreensão ( ) Expressão ( ) Afasia _____ ( ) Fala Fluente ( ) Fala não Fluente ( ) Uso de VF ( ) Disartria ( ) Não Contactuante ( ) Voz _____	( ) Avaliação estrutural ( ) Avaliação funcional ( ) Fonoaterapia direta ( ) Fonoaterapia indireta ( ) Gerenciamento de HO ( ) Gerenciamento de VO	( ) VO ( ) SNE ( ) SNE + VO ( ) GTT ( ) GTT + VO ( ) PARENTERAL  _____ _____ _____	( ) VM Tempo _____ ( ) IOT Tempo _____ ( ) Extubação _____ ( ) TQT: ( ) Plástica ( ) Metálica ( ) O2 ( ) Mascara Concentradora ( ) AA  • Saturação de O2 SpO2 durante alimentação _____ % SpO2 após alimentação _____ %  • Queda da SpO2: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) BEG ( ) REG ( ) MEG	_____ Profissional Responsável		





<b>UNIDADE: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO - HTO</b>				
<b>COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE - CCP</b>				
NOME:				DN:
IDADE:	SEXO:	COR:	ALTURA:	PESO:
NOME SOCIAL:		MÃE:		
ADMISSÃO HOSP:		POSTO:	LEITO:	
<b>FICHA DE AVALIAÇÃO DA PELE</b>				
<b>FATORES DE RISCO</b>				
DOENÇAS SISTÉMICAS ASSOCIADAS:				
DM ( )	HAS ( )	DOENÇAS VASCULARES ( )	NEOPLASIAS ( )	OUTROS ( )
<b>MEDICAÇÕES</b>				
ANTI-HIPERTENSIVOS ( )	HIPOGLICEMIANTES ORAIS ( )	INSULINAS ( )	ANTI-INFLAMATÓRIOS ( )	OUTROS ( )
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>				
BAIXA PESO ( )	EUROTÓFICO ( )	SOBREPESO ( )	OBESIDADE ( )	
ALIMENTAÇÃO: ( ) VIA ORAL	( ) GTT	( ) SNE		
SUPLEMENTO:				
<b>ALERGIAS (medicamentosa, alimentar ou outros)</b>				
<b>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</b>				
<b>HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA</b>				
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>				
RESIDE: ( ) SOZINHO ( ) FAMILIAR				
TABAGISTA: ( ) NÃO ( ) SIM. TEMPO: ____		ELITISTA: ( ) NÃO ( ) SIM. TEMPO: ____		
OCUPAÇÃO:		ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO:		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:				
RESPIRAÇÃO:		MOBILIDADE:		
CACIFO (+):		TURGOR: ( ) FROUXO ( ) SEMIFROUXO ( ) PASTOSO		
EDEMA: ( ) NÃO ( ) SIM. LOCAL:				
MMSS:		MMII:		
ABDOME:		ELIMINAÇÕES VESICOINTESTINAIS:		
<b>AVALIAÇÃO DA LESÃO</b>				

**LESÃO 1**

GRAU: LOCAL: COMPRIMENTO: cm LARGURA: cm PROFUNDIDADE: cm

**TIPO**
 CIRÚRGICA                       TRAUMÁTICA  
 ULCERATIVA                       QUEIMADURA: %
**TEMPO**
 AGUDA                      TEMPO DE LESÃO:  
 CRÔNICA
**CONTEÚDO BACTERIANO**
 LIMPA     CONTAMINADO     INFECTADA
**CARACTERÍSTICA DO TECIDO**
 NECROSE     GRANULAÇÃO     ESFARELO
**CARACTERÍSTICA DO EXSUDATO**
 SEROSO                       SEROPURULENTO                       PURULENTO     FIBRINOSO  
 SANGUINOLENTO     SEROSANGUINOLENTO                       PURULENTO PÚTRIDO     NENHUM  
 QUANTIDADE:
**BORDAS**
 ADERIDAS                       INDISTINTA  
 NÃO ADERIDAS                       OUTRAS

OBSERVAÇÃO:

**LESÃO 2**

GRAU: LOCAL: COMPRIMENTO: cm LARGURA: cm PROFUNDIDADE: cm

**TIPO**
 CIRÚRGICA                       TRAUMÁTICA  
 ULCERATIVA                       QUEIMADURA: %
**TEMPO**
 AGUDA                      TEMPO DE LESÃO:  
 CRÔNICA
**CONTEÚDO BACTERIANO**
 LIMPA     CONTAMINADO     INFECTADA
**CARACTERÍSTICA DO TECIDO**
 NECROSE     GRANULAÇÃO     ESFARELO
**CARACTERÍSTICA DO EXSUDATO**
 SEROSO                       SEROPURULENTO                       PURULENTO     FIBRINOSO  
 SANGUINOLENTO     SEROSANGUINOLENTO                       PURULENTO PÚTRIDO     NENHUM  
 QUANTIDADE:
**BORDAS**
 ADERIDAS                       INDISTINTA  
 NÃO ADERIDAS                       OUTRAS

OBSERVAÇÃO:

**LESÃO 3**

GRAU: LOCAL: COMPRIMENTO: cm LARGURA: cm PROFUNDIDADE: cm

**TIPO**
 CIRÚRGICA                       TRAUMÁTICA  
 ULCERATIVA                       QUEIMADURA: %
**TEMPO**
 AGUDA                      TEMPO DE LESÃO:  
 CRÔNICA
**CONTEÚDO BACTERIANO**
 LIMPA     CONTAMINADO     INFECTADA
**CARACTERÍSTICA DO TECIDO**
 NECROSE     GRANULAÇÃO     ESFARELO
**CARACTERÍSTICA DO EXSUDATO**
 SEROSO                       SEROPURULENTO                       PURULENTO     FIBRINOSO  
 SANGUINOLENTO     SEROSANGUINOLENTO                       PURULENTO PÚTRIDO     NENHUM  
 QUANTIDADE:
**BORDAS**
 ADERIDAS                       INDISTINTA  
 NÃO ADERIDAS                       OUTRAS

OBSERVAÇÃO:

**CONDUTA INICIAL**
 HIGIENE DA PELE;                      MUDANÇA DE DECÚBITO;  
 HIDRATAÇÃO DA PELE;                      ELEVAÇÃO DOS CALCÂNEOS;  
 INGESTÃO DE ÁGUA;                      AVALIAÇÃO DIÁRIA DA PELE
**FREQÜÊNCIA DO CURATIVO**

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO- ESCALA DE BRADEN				
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
UMIDADE	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasionalmente	4. Rara
ATIVIDADE	1. Acamado	2. Confinado e cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frequentemente
MOBILIDADE	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
NUTRIÇÃO	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	
TOTAL:	RISCO BRANDO 15 A 16 ( )		RISCO MODERADO 12 A 14 ( )	RISCO SEVERO ABAIXO DE 11 ( )

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA/ CARIMBO PROFISSIONAL



**MAPA DIÁRIO DE CURATIVOS**  
**COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Posto: \_\_\_\_\_



LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EVOLUÇÃO	LOCAL CURATIVO	DISPOSITIVOS
	NOME:	<b>TIPO DE FERIDA:</b> ( ) CIRÚRGICA ( ) TRAUMÁTICA ( ) LPP <b>TIPO DE TECIDO:</b> ( ) SUTURA ( ) GRANULAÇÃO ( ) ESFACELO ( ) NECROSE		( ) AVP ( ) CVC ( ) SNE ( ) ILIZAROV ( ) FIXADOR EXTERNO ( ) DRENO DE PENROSE ( ) DRENO DE SUCCÃO ( ) OUTROS
	DIAGNÓSTICO ADM	<b>EXSUDATO:</b> ( ) NENHUM ( ) SEROSO ( ) SANGUIOLENTO ( ) SEROSANGLIMOLENTO/ODOR: (S) (N)		GASTO CURATIVO ( ) GAZES ( ) HIDROGEL ( ) BLEO ( ) ATADURAS ( ) COMPRESSA ( ) COBERTURA _____
	NOME:	<b>TIPO DE FERIDA:</b> ( ) CIRÚRGICA ( ) TRAUMÁTICA ( ) LPP <b>TIPO DE TECIDO:</b> ( ) SUTURA ( ) GRANULAÇÃO ( ) ESFACELO ( ) NECROSE		( ) AVP ( ) CVC ( ) SNE ( ) ILIZAROV ( ) FIXADOR EXTERNO ( ) DRENO DE PENROSE ( ) DRENO DE SUCCÃO ( ) OUTROS
	DIAGNÓSTICO ADM	<b>EXSUDATO:</b> ( ) NENHUM ( ) SEROSO ( ) SANGUIOLENTO ( ) SEROSANGLIMOLENTO/ODOR: (S) (N)		GASTO CURATIVO ( ) GAZES ( ) HIDROGEL ( ) BLEO ( ) ATADURAS ( ) COMPRESSA ( ) COBERTURA _____
	NOME:	<b>TIPO DE FERIDA:</b> ( ) CIRÚRGICA ( ) TRAUMÁTICA ( ) LPP <b>TIPO DE TECIDO:</b> ( ) SUTURA ( ) GRANULAÇÃO ( ) ESFACELO ( ) NECROSE		( ) AVP ( ) CVC ( ) SNE ( ) ILIZAROV ( ) FIXADOR EXTERNO ( ) DRENO DE PENROSE ( ) DRENO DE SUCCÃO ( ) OUTROS
	DIAGNÓSTICO ADM	<b>EXSUDATO:</b> ( ) NENHUM ( ) SEROSO ( ) SANGUIOLENTO ( ) SEROSANGLIMOLENTO/ODOR: (S) (N)		GASTO CURATIVO ( ) GAZES ( ) HIDROGEL ( ) BLEO ( ) ATADURAS ( ) COMPRESSA ( ) COBERTURA _____



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

UNIDADE: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO - HTO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Ciência do familiar sobre a presença de lesão de pele na admissão hospitalar:

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO**

- Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF: \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_ responsável pelo paciente \_\_\_\_\_, internado no Hospital de Traumatologia e Ortopedia do Maranhão - HTO, autorizo o registro de imagem e fotografia das lesões apresentadas, para fins de científicos sem quaisquer ônus. Tenho ciência e conhecimento de que é assegurado o anonimato do registro fotográfico do qual estou autorizando. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional. Fica ainda autorizada, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Assinatura:

Data:







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

PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

\_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NÚMERO :
MEDICAMENTO:
QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:
SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL
ENTREGUE POR:
RECEBIDO POR:
DATA:        /        /
VISTO FARMACÉUTICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

\_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NÚMERO :
MEDICAMENTO:
QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:
SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL
ENTREGUE POR:
RECEBIDO POR:
DATA:        /        /
VISTO FARMACÉUTICO

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



## REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE DEVOLUÇÃO:

DATA DA DEVOLUÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

PRODUTO

LOTE

QTE.

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

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

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA: \_\_\_\_\_



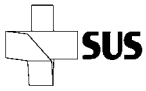
DATA: ____/____/____	MANHÃ/TARDE (SD)				NOITE (SN)				
	SUBSTÂNCIAS	SALDO	ENTRADA	SAÍDA	SALDO	SALDO	ENTRADA	SAÍDA	SALDO
Amitriptilina 25mg Comp.									
Alfentanila 0,544mg/ml									
Bromazepam 3mg Comp.									
Codeína 30mg Comp.									
Carbamazepina 200 mg Comp.									
Cetamina 50mg/ml			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

FARMACÊUTICO: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO:

---



## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
9 - NOME DA MÃE		8 - RAÇA/COR	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
foi atendido(a) no Hospital de Traumatologia e Ortopedia no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
às \_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias  
de repouso, por motivo de doença.

CID. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

Nota: este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS.  
Aprovada pelo decreto nº. 89.312 de 23/01/84 e resolução CFM-1190/84 e será  
expedido para justificar de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



## JUSTITIFICATIVAS

### Relatório Explicativo de Horas Extras

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

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

### Relatório Explicativo de Faltas e Atrasos.

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

\_\_\_\_\_  
Nome do Funcionário

\_\_\_\_\_  
Unidade de Trabalho

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
Função

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data do Evento

## JUSTIFICATIVA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_  
Deferimento do Responsável pelo RH/INVISIA



SECRETARIA DE  
SAÚDE



## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE \_\_\_\_\_



### REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome: \_\_\_\_\_

SUS: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Material: ( ) Sangue ( ) Urina ( ) Outros \_\_\_\_\_

<b>EXPO</b>	( ) Fosfatase Ácida	( ) Células LE
( ) Hemograma Completo	( ) Amilase	( ) ASLO
( ) Glicose Jejum	( ) Desidrogenase Láctica (DHL)	( ) Fator Reumatoide
( ) Ureia	( ) Gama G.T.	( ) Muco Proteína
( ) Creatinina	( ) Bilirrubinas Totais e Frações	( ) Proteína C- Reativa
( ) TGO (AST)	( ) CK Total	( ) Depuração Creatinina
( ) TGP (ALT)	( ) CKMB Enzimático	( ) Hemocultura
( ) Coagulograma	( ) CKMB Massa	<b>FEZES</b>
( ) Tipagem Sanguínea/ Fator RH	( ) Mioglobina	( ) Protoparasitológico
( ) Anti- HIV	( ) Troponina	( ) Sangue Oculto
<b>BIOQUIMICA</b>	( ) Albumina	( ) Coprológico Funcional
( ) Ácido Úrico	( ) Proteínas Totais e Frações	( ) Kato-Katz
( ) Sódio	( ) Hemogl. Glicosel. (HBA 1c)	( ) Pesquisa de Leucócitos
( ) Potássio	( ) Lipase	<b>URINALISE</b>
( ) Cálcio	<b>HEMATOLOGIA</b>	( ) Urina Tipo 1 EAS
( ) Cloro	( ) VHS	( ) Cultura + ATB
( ) Fósforo	( ) Leucograma	<b>OUTROS</b>
( ) Magnésio	( ) Eritograma	( )
( ) Ferro	( ) Hemoglobina (Hb)	( )
( ) Ferritina	( ) Hematócrito (Ht)	( )
( ) Triglicérides	( ) Reticulócitos	( )
( ) Colesterol Total	( ) T. de protrombina (TP) + INR	( )
( ) HDL	( ) T. de Tromboplastina (TTPa)	( )
( ) LDL	( ) Fibrinogênio	( )
( ) VLDL	( ) Falcização	( )
( ) Fosfatase Alcalina	( ) Cultura	( )



HOSPITAL DE  
TRAMATOLOGIA E  
ORTOPEDIA DO MARANHÃO  
UNIDADE CAXIAS-MA



## REQUISIÇÃO DE MATERIAL

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE		
		UNIDADE	SOLICITADAS	AUTORIZADA

_____ Assinatura de requisitante	_____ Autorizado por	_____ Recebido por
-------------------------------------	-------------------------	-----------------------



**ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DE CAXIAS - MA  
TERMO DE RESPONSABILIDADE – TROCA DE PLANTÃO**

EU \_\_\_\_\_ SETOR \_\_\_\_\_ SOLICITO  
AUTORIZAÇÃO PARA TROCAR O PLANTÃO \_\_\_\_ DO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_ COM O COLABORADOR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ SETOR \_\_\_\_\_ COMPROMETO-ME A FAZER O SEU  
PLANTÃO \_\_\_\_ DO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

Caxias, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Colaborador Solicitante

\_\_\_\_\_  
Coordenador/Supervisor do Setor

\_\_\_\_\_  
Colaborador Substituto

\_\_\_\_\_  
RH da Unidade

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



**ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DE CAXIAS - MA  
TERMO DE RESPONSABILIDADE – TROCA DE PLANTÃO**

EU \_\_\_\_\_ SETOR \_\_\_\_\_ SOLICITO  
AUTORIZAÇÃO PARA TROCAR O PLANTÃO \_\_\_\_ DO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_ COM O COLABORADOR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ SETOR \_\_\_\_\_ COMPROMETO-ME A FAZER O SEU  
PLANTÃO \_\_\_\_ DO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

Caxias, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Colaborador Solicitante

\_\_\_\_\_  
Coordenador/Supervisor do Setor

\_\_\_\_\_  
Colaborador Substituto

\_\_\_\_\_  
RH da Unidade

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



Núcleo de Segurança  
do Paciente



Setor notificante: \_\_\_\_\_ Setor notificado: \_\_\_\_\_

Data da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Ocorrência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ação Corretiva Imediata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Houve Danos? Quais? \_\_\_\_\_

Notificante/Função (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

### Avaliação do Núcleo de Segurança

#### GRAU DO DANO:

Assinale a opção que melhor descreve as consequências do incidente / evento adverso:

( ) Nenhum ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( ) Óbito

Núcleo de Segurança  
do Paciente



Setor notificante: \_\_\_\_\_ Setor notificado: \_\_\_\_\_

Data da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Ocorrência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ação Corretiva Imediata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Houve Danos? Quais? \_\_\_\_\_

Notificante/Função (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

### Avaliação do Núcleo de Segurança

#### GRAU DO DANO:

Assinale a opção que melhor descreve as consequências do incidente / evento adverso:

( ) Nenhum ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( ) Óbito



## INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS / CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS

### O que devo Notificar?

- Incidente / evento adverso nas atividades administrativas (admissão no serviço de saúde, marcação de consultas ou exames, transferência para outros serviços de saúde, etc.);
- Infecções relacionadas à assistência à saúde ( Infecções hospitalares: pneumonia, infecção urinária, infecção no local da cirurgia, infecção causada pelo cateter colocado na veia, etc.);
- Incidente / evento adverso durante o procedimento cirúrgico (cirurgia em local errado, paciente errado, queimadura ou choque por bistrú elétrico);
- Incidente / evento adverso na administração de dietas (dieta errada, paciente errado, via errada, horário errado);
- Queda ou quase queda do paciente (circunstância relatada ou assistida);
- Incidente / evento adverso na identificação do paciente ( troca de nome dos pacientes, falta de pulseiras de identificação, falta de identificação no leito do paciente);
- Lesões de pele (por adesivos, fixações de dispositivos, extravasamento de medicações);
- Lesão por pressão ( feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);
- Incidente / evento adverso ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia (exames, biópsias liberado com nome do paciente errado, etc.);
- Falhas na assistência radiológica (imagens liberadas com nome do paciente errado; exame realizado em paciente errado, local errado, etc.);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de medicamentos (omissão de medicação, medicação errada; horário errado; dose errada; via errada; paciente errado);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de hemocomponentes (reação transfusional; paciente errado; via de administração errada);
- Incidente / evento adverso relacionado a dispositivos invasivos:
  - Tubo ou cânula traqueal (Extubação/Decanulação Acidental por tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
  - Acesso Venoso (flebite, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
  - Sondas (lesão por fixação, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);

### Classificação dos Incidentes – OMS

- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- **Near Miss:** Incidente não atinge o paciente;
- **Incidente sem dano:** Incidente atinge o paciente, mas não causa dano;
- **Incidente com dano (Eventos Adversos):** Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano.

## INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS / CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS

### O que devo Notificar?

- Incidente / evento adverso nas atividades administrativas (admissão no serviço de saúde, marcação de consultas ou exames, transferência para outros serviços de saúde, etc.);
- Infecções relacionadas à assistência à saúde ( Infecções hospitalares: pneumonia, infecção urinária, infecção no local da cirurgia, infecção causada pelo cateter colocado na veia, etc.);
- Incidente / evento adverso durante o procedimento cirúrgico (cirurgia em local errado, paciente errado, queimadura ou choque por bistrú elétrico);
- Incidente / evento adverso na administração de dietas (dieta errada, paciente errado, via errada, horário errado);
- Queda ou quase queda do paciente (circunstância relatada ou assistida);
- Incidente / evento adverso na identificação do paciente ( troca de nome dos pacientes, falta de pulseiras de identificação, falta de identificação no leito do paciente);
- Lesões de pele (por adesivos, fixações de dispositivos, extravasamento de medicações);
- Lesão por pressão ( feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);
- Incidente / evento adverso ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia (exames, biópsias liberado com nome do paciente errado, etc.);
- Falhas na assistência radiológica (imagens liberadas com nome do paciente errado; exame realizado em paciente errado, local errado, etc.);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de medicamentos (omissão de medicação, medicação errada; horário errado; dose errada; via errada; paciente errado);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de hemocomponentes (reação transfusional; paciente errado; via de administração errada);
- Incidente / evento adverso relacionado a dispositivos invasivos:
  - Tubo ou cânula traqueal (Extubação/Decanulação Acidental por tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
  - Acesso Venoso (flebite, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
  - Sondas (lesão por fixação, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);

### Classificação dos Incidentes – OMS

- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- **Near Miss:** Incidente não atinge o paciente;
- **Incidente sem dano:** Incidente atinge o paciente, mas não causa dano;
- **Incidente com dano (Eventos Adversos):** Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

FICHA DE AVALIAÇÃO BEIRA LEITO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE CAXIAS

**Legenda de Siglas:**  
C – Conforme, NC – Não conforme  
P – Presente, A – Ausente.

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC. BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PRODEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC.BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC.BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC.BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC.BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

ENF/LEITO	IDENT.	PLACA	RIS/QUEDA	QUEDA	RIS/LPP	LPP	RIS/FLEBITE	FLEBITE	ALERGIA: SIM ( ) NÃO ( )
AVP/CVC	DATA	IOT/TQT	EXT.ACID	SNE/SNG	PERDA	ESC.BRADEN	ESC. MORSE	EVENTO ADVERSO:	









**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

Paciente:

Data:

SETOR: Ambulatório:

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim	NA
PORTARIA / RECEPÇÃO					
MÉDICOS					
TRIAGEM					

Observações, elogios ou reclamações:





**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

Paciente:

Data:

SETOR: Ambulatório:

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim	NA
PORTARIA / RECEPÇÃO					
MÉDICOS					
TRIAGEM					

Observações, elogios ou reclamações:



### PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 SETOR: Enfermarias: Ala A ( ) Ala B ( ) UTI 1 ( ) UTI 2 ( )  
 Centro Cirúrgico ( )

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	NA
PORTARIA / RECEPÇÃO					
MÉDICOS					
ENFERMAGEM					
SERVIÇO SOCIAL					
FISIOTERAPIA					
PSICOLOGIA					
FONOAUDIOLOGIA					
NUTRIÇÃO / ALIMENTAÇÃO					
HIGIENIZAÇÃO / LIMPEZA					
TERAPIA OCUPACIONAL					
RADIOLOGIA					

Observações:



### PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 SETOR: Enfermarias: Ala A ( ) Ala B ( ) UTI 1 ( ) UTI 2 ( )  
 Centro Cirúrgico ( )

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	NA
PORTARIA / RECEPÇÃO					
MÉDICOS					
ENFERMAGEM					
SERVIÇO SOCIAL					
FISIOTERAPIA					
PSICOLOGIA					
FONOAUDIOLOGIA					
NUTRIÇÃO / ALIMENTAÇÃO					
HIGIENIZAÇÃO / LIMPEZA					
TERAPIA OCUPACIONAL					
RADIOLOGIA					

Observações:









## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	

## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	

## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	





## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	

## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	

## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO-HTO

---

### BPA

DATA DE ADMISSÃO:    /    /	HORA:	
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:    /    /	CPF:	RG:
CARTÃO SUS:		
ENDERECO:		
DATA DA ALTA:	HORA:	



SECRETARIA DE  
SAÚDE



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

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



SECRETARIA DE  
SAÚDE



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

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

Ciente em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_

---

ASSINATURA E CARIMBO  
DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO TERMO



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



INVISA

## ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

### I-IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_  
 sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico médico/cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Doença(s) crônica(s): \_\_\_\_\_  
 Alergias(s): \_\_\_\_\_

### II- ADMISSÃO NA UTI

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Motivo da admissão: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

#### Cabeça e pescoço:

Cabeça: ( ) Sem alterações ( ) Dreno \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_  
 Mucosa: ( ) Normocorada ( ) Hidratada ( ) Cianose ( ) Icterícia  
 ( ) Hipocorada ( ) Desidratada Obs: \_\_\_\_\_  
 Neurológico: ( ) Acordado ( ) Torporoso ( ) Orientado ( ) Sedado  
 ( ) Inconsciente ( ) Agitado ( ) Confuso

**Escala de Glasgow:** Abertura ocular ( ) Resposta verbal ( ) Motor ( ) Total: \_\_\_\_\_ Rass ( )  
 ( ) Dor Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Intensidade: \_\_\_\_\_

Psicoemocional: ( ) Sem alteração ( ) Lábil ( ) Queixoso  
 ( ) Deprimido ( ) Ansioso ( ) Choro

Comunicação: ( ) Sem alteração ( ) Verbal prejudicada: ( ) Afasia ( ) Disartria ( ) Outros \_\_\_\_\_

Pescoço: ( ) Sem alterações ( ) Rigidez de nuca ( ) Gânglios ( ) Turgência de jugulares

Obs: \_\_\_\_\_

**Pele e Anexos:** ( ) Sem alteração ( ) Icterícia ( / ) ( ) Turgor \_\_\_\_\_  
 ( ) Cianose ( / ) ( ) Palidez ( / ) ( ) Lesão por pressão \_\_\_\_\_  
 ( ) Lesão \_\_\_\_\_ ( ) FO \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Tórax:** ( ) Sem alteração ( ) Simetria ( ) Fratura ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Dreno \_\_\_\_\_ ( ) Intracathl \_\_\_\_\_

( ) Respiração espontânea: ( ) Ar ambiente ( ) Cateter de O2: \_\_\_\_\_ l/m

( ) Macronebulização: \_\_\_\_\_ l/m Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ ipm Sat O2: \_\_\_\_\_ %

Padrão respiratório: ( ) Eupnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico ( ) Bradpnéico ( ) Apnéia

( ) Tiragem intercostal ( ) Batimento de asas do nariz ( ) Hemoptise ( ) Tosse-espectoração

( ) Ventilação mecânica: ( ) TOT N° \_\_\_\_\_ ( ) Traqueostomia N° \_\_\_\_\_ Modo: \_\_\_\_\_

Parâmetros: VC/PC: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Peep: \_\_\_\_\_ FiO2: \_\_\_\_\_



Auscultura respiratória: ( ) Pulmões livres ( ) estertores ( )  
( ) Creptos: \_\_\_\_\_ ( ) Roncos: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico

Pulsos periféricos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Ritmico Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg

( ) Drogas vasoativas: \_\_\_\_\_

Temperatura axilar: \_\_\_\_\_ °C ( ) Hipotérmico ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia

Obs: \_\_\_\_\_

**Abdome:** ( ) Plano ( ) Escafóide ( ) Distendido ( ) Assimétrico ( ) Globoso

( ) Visceromegalias ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Doloroso \_\_\_\_\_

Gastrointestinais: ( ) RHA ausentes ( ) RHA presentes Glicemia: \_\_\_\_\_

( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Colostomia Local: \_\_\_\_\_

( ) Vômitos \_\_\_\_\_ ( ) Hematêmese ( ) Náusea

( ) Dreno(s) \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_

Hábito intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ ( ) Diarréia \_\_\_\_\_ /dia

( ) Flatulência ( ) Obstipação ( ) Melena

Urinário: ( ) Sem alteração ( ) Hematúria ( ) Poliúria ( ) Diálise peritoneal

( ) Incontinência ( ) Piúria ( ) Polaciúria ( ) Hemodiálise

( ) Retenção ( ) Colúria ( ) Oligúria ( ) SVD N° \_\_\_\_\_

( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Cistostomia N° \_\_\_\_\_

Genital: ( ) Sem alteração ( ) Leucorréia ( ) Amenorréia ( ) Menopausa ( ) Edema ( ) DST \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Membros:**

Superiores: ( ) Edemas ( / ) Acesso venoso: ( ) Periférico \_\_\_\_\_ ( ) Acesso arterial

Inferiores: ( ) Edemas ( / ) Acesso venoso: ( ) Periférico \_\_\_\_\_ ( ) Acesso arterial

Obs: \_\_\_\_\_

**IV - CONDUTA NA ADMISSÃO**

Instalado: ( ) Monitorização hemodinâmica ( ) Oximetria de pulso ( ) Respirador mecânico

( ) Verificação de sinais vitais ( ) Aquecimento ( ) Passagem de sonda \_\_\_\_\_ ( ) Curativo \_\_\_\_\_

( ) Coleta de gasometria arterial: pH \_\_\_\_\_ PCO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ PO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ SPO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ HCO<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

( ) realização de hemoculturas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo

PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ ALERGIA: \_\_\_\_\_

ADM. HOSPITALAR: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO UTI: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

HORA	SINAIS VITAIS/CONTROLE HEMODINÂMICO								ENTRADAS DE DIETAS E DROGAS												SAIDAS						
	TAX	PA	PAM	FC	FR	SPo2	PVC	GLIC.	DIETA ORAL	SNE/SNG	NPT									HEMACIAS	PLASMAS	OUTROS	DIURESE	FEZES	VOM	DRENOS	R.G
6 as 7																											
7 as 8																											
8 as 9																											
9 às 10																											
10às 11																											
11às 12																											
<b>GANHOS PARCIAL:</b>									Ass. Téc. Enf. SD									<b>PERDAS PARCIAL:</b>									
12às13																											
13às14																											
14às15																											
15às16																											
16às17																											
17às18																											
<b>GANHOS PARCIAL:</b>									Ass. Tec. SD									<b>PERDAS PARCIAL:</b>									
18às19																											
19às20																											
20às21																											
21às22																											
22às23																											
23às00																											
00às1																											
1às2																											
2às3																											
3às4																											
4às5																											
5às6																											
<b>GANHOS :</b>									Ass. Tec. SN									<b>PERDAS :</b>									

**GANHOS TOTAL:** \_\_\_\_\_ Ass. Enf. SN                      **PERDAS TOTAL:** \_\_\_\_\_                      **BH:** \_\_\_\_\_

CHECK LIST			M	T	N	ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO -SEDAÇÃO (RASS)					
01-CABECEITA ELEVADA 30° A 45°						<b>PONTOS</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>			
02-HIGIENE ORAL(ESCOVAÇÃO DIARIA)						+4	AGRESSIVO	VIOLENTO, PERIGOSO			
03-SONDA VESICAL FIXADA CORRENTE						+3	MUITO AGITADO	CONDUTA AGRESSIVA, REMOÇÃO DE TUBOS OU CATETER			
04-SONDA NASOENTERAL FIXADA CORRETAMENTE						+2	AGITADO	MOVIMENTO SEM COORDENAÇÃO FREQUENTES			
05-BOLSA COLETORA ABAIXO DO NIVEL DE 1400ml						+1	INQUIETA	ANSIOSO, MAS SEM MOVIMENTOS AGRESSIVOS OU VIGOROSOS			
06-EQUIPOS COM DATA DENTRO DO PERÍODO DE TROCA						0	ALERTO, CALMO				
07-AMBU. MASCARA, UMIDIFICADOR E BORRACHAS						-1	SONOLENTO	NÃO SE ENCONTRA TOTAL ALERTA, MAS TEM O DESPERTAR SUSTENTADO AO SOM DA VOZ(>10seg)			
08-MUDANÇA DE DECÚBITO						-2	SEDAÇÃO LEVE	ACORDA RAPIDAMENTE E FAZ CONTATO VISUAL COM O SOM DA VOZ(>10seg)			
						-3	SEDAÇÃO MODERAD	MOVIMENTO OU ABERTURA DOS OLHOS AO SOM DA VOZ(MAS SEM CONT. VISUAL)			
						-4	SEDAÇÃO PROFUNDA	N RESPONDE AO SOM DA VOZ, MAS MOV. OU ABRE OS OLHOS COM ESTIMULAÇÃO FISICA.			
						-5	INCAPAZ DE SER DESPERTADO	NÃO RESPONDE AO SOM DA VOZ OU AO ESTIMULO FÍSICO			
<b>ESCALA NUMÉRICA DA DOR</b>						<b>PROCEDIMENTO DO RASS</b>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1-OBSERVAR O PACIENTE * PACIENTE ESTÁ ALERTA, INQUIETO OU AGITADO. (0 a +4)
<b>SEM DOR</b>						<b>DOR MÁXIMA</b>					
						2-SE NÃO ESTÁ EM ALERTA, DIZER O NOME DO PACIENTE E PEDIR PARA ELE ABRIR OS OLHOS E OLHAR P O PROF.					
						*PACIENTE ACORDADO COM ABERTURA DE OLHOS SUSTENTADA E REALIZANDO CONTATO VISAL. (-1)					
						*PACIENTE ACORDADO REALIZANDO ABERTURA DE OLHOS E CONTATO VISUAL, PORÉM BREVE. (-2)					
						*PACIENTE É CAPAZ DE FAZER ALGUM TIPO DE MOVIMENTO, PORÉM SEM CONTATO VISUAL.(-3)					
<b>ESCALA DE GLASGOW</b>						3-QUANDO PACIENTE NÃO RESPONDE AO ESTIMULO VERBAL REALIZAR ESTÍMULOS FISICOS					
<b>VARIÁVEIS</b>						<b>ESCORE</b>					
ABERTURA OCULAR		ESPONTÂNEA				4					
		À VOZ				3					
		À DOR				2					
		NENHUM				1					
RESPOSTA VERBAL		ORIENTADA				5					
		CONFUSA				4					
		PALAVRAS INAPROPRIADAS				3					
		PALAVRAS INCOMPREENSIVAS				2					
		NENHUMA				1					
RESPOSTA MOTORA		OBEDECE COMANDOS				6					
		LOCALIZA DOR				5					
		MOVIMENTO DE RETIRADA				4					
		FLEXÃO ANORMAL				3					
		EXTENSÃO ANORMAL				2					
		NENHUMA				1					
		CISLHAMENTO				PROBLEMA					
		PROBLEMA				APARENTE					

<b>BRADEN</b>									
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTUAÇÃO				
PERCEPÇÃO	COMPLETAMENTE	MUITO	LEVEMENTE	NENHUMA	RISCO				
SENSORIAL	LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO	LIMITAÇÃO	BAIXO 15				
UMIDADE	COMPLETAMENTE ÚMIDO	MUITO UMIDO	OCASIONALMENTE ÚMIDO	RARAMENTE ÚMIDO	MODERADO: 13 E 14				
ATIVIDADE	ACAMADO	RESTRITO A CADEIRA	CAMINHA OCASIONALMENTE	CAMINHA FREQUENTEMENTE	ELEVADO: 10 a 12				
FISICA									
MOBILIDADE	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO	MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO	MUITO ELEVADO: <9				
NUTRIÇÃO	MUITO POBRE	PROVAVELMENTE INADEQUADO	ADEQUADO	EXELENTE					
FRICÇÃO	PROBLEMA	POTENCIAL PARA	NENHUM PROBLEMA						



## BUNDLE

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



SETOR		UNIDADE	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Nome:			
Data De Nascimento		Idade	Sexo
Data da Inserção		Hora	Tipo de Dispositivo
Médico responsável pelo procedimento:			
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção:			
<b>INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL</b>			
<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			
<b>CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER</b>			
<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Higienização das mãos			
Equipe paramentada			
Antissepsia com clorexidina degermante 2%			
Antissepsia com clorexidina alcóolica (Duração de 30 segundos 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			
<b>BUNDLE FINAL</b>		<b>POSITIVO ( )</b>	<b>NEGATIVO ( )</b>
Confirmado posicionamento do cateter (Raio - X de tórax)			
Intercorrências durante procedimento:			
Observações:			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			
<i>Cateters inseridos em situação de emergência ou sem a utilização da barreira máxima devem ser trocados em até 48h</i>			

# CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VENOSO CENTRAL

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	31	
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 estéril a cada 24 horas e a troca com a cobertura estéril 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

## BUNDLE

### Prevenção de Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Demora

SETOR	UNIDADE	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome:		
Data De Nascimento	Idade	Sexo
Data da Inserção	Hora	
Médico responsável pela inserção:		
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção:		
<b>INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA</b>		
<input type="checkbox"/> Cirurgia de grande porte, previamente selecionada.		
<input type="checkbox"/> Monitorar débito em pacientes críticos		
<input type="checkbox"/> Gerenciar retenção urinária grave e/ou obstrução		
<input type="checkbox"/> Cuidados com lesão por pressão em pacientes incontinentes		
<input type="checkbox"/> Outros:		
<b>CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER</b>		
<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Organização de todo material necessário, incluindo campos estéreis		
Uso de gorro e máscara		
Realizada higienização das mãos com água e sabão ou álcool		
Realizada higiene íntima com clorexidina degermante		
Retirar luvas de procedimento e realizar nova higienização das mãos		
Abrir todo o material garantindo a técnica asséptica		
Calçado as luvas estéril na técnica asséptica		
Conectado o cateter vesical ao coletor de drenagem fechado e testado o balonete		
Realizado antisepsia da região perineal com solução de clorexidine aquosa 2% (partindo da uretra para periferia)		
Utilizado gel lubrificante (estéril)		
Realizado inserção da sonda conforme técnica asséptica em apenas uma tentativa		
Observar drenagem na urina pelo sistema e insuflar balonete		
Realizado fixação correta em: <b>Homens:</b> região suprapúbica <b>Mulheres:</b> região lateral interna da coxa		
Identificado e datado bolsa coletora		
<b>BUNDLE FINAL</b>	<b>POSITIVO ( )</b>	<b>NEGATIVO ( )</b>
Intercorrências durante procedimento:		
Observações:		
Data da remoção do cateter:		
Motivo da remoção do cateter:		

**CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO  
CATETER VESICAL DE DEMORA**

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	31			
Fixação correta																																		
Bolsa coletora com no máximo 2/3 da capacidade																																		
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga																																		
Proteção no dispositivo de Drenagem																																		
Região periuretral higienizada																																		
Necessidade de manter o Cateter																																		
Assinatura do Enfermeiro																																		
Data																																		

(S) Sim/ (N) Não/ (o) Não se aplica

**ORIENTAÇÕES**

Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar o contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor

Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento

Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta

**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
INSTITUTO VIDA E SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – CAXIAS  
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**CHECKLIST - ROUND MULTIDISCIPLINAR**

**PREENCHIDO POR:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**UTI:** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_ **D.I.** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INTERVENÇÕES	STATUS			CONDUTAS E OBSERVAÇÕES
	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
1. A Cabeceira está elevada a 30 ° ou mais?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
2. Em uso de profilaxia para tromboembolismo?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
3. Em uso de profilaxia para lesão aguda da mucosa gástrica?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
4. A nutrição está adequada?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
5. O controle glicêmico está dentro da meta (80-180)?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
6. A analgesia está adequada?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
7. Em uso de sedação? Pode ser reduzida?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
8. Paciente em uso de O2?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
9. Fisioterapia Respiratória?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
10. Podemos realizar teste de respiração espontânea?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
11. Qual PaO2/FiO2? O volume corrente está adequado (6 ml/kg)?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
12. Mobilização Precoce?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
13. Apresenta critérios para nova sepse grave?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	
14. Devemos iniciar, ajustar ou suspender antibióticos?	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NA/CI	



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
INSTITUTO VIDA E SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – CAXIAS  
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

13. Em uso cateter venoso central? Pode ser retirado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
14. Em uso sonda vesical de demora? Pode ser retirada?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
15. Protocolo de Comunicação de Notícias Difíceis?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
16. Realizado suporte Psicológico a Família	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
17. Avaliado estado Emocional do paciente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
18. Paciente em uso de psicotrópicos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
19. Disfagia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
20. Acuidade auditiva do paciente preservada?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
21. Apresenta alterações na fala?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
22. Problemas de deglutição?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
23. Higiene oral realizada?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
24. Orientação de mudança de decúbito?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	
25. Curativo realizados pela Comissão de cuidados com a pele?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA/CI	

**Participantes:** ( ) Enfermeiro Intensivista ( ) Comissão de Curativos ( ) Médico ( ) Psicólogo ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudióloga ( ) Nutricionista ( ) SCCIH ( ) Outros \_\_\_\_\_

Metas	



## CONTROLE DE HEMOTRANSFUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
Nome Completo:						
Nome social:				Nº Prontuário:		
Data de nascimento:				Grupo sanguíneo:		
LISTA DE HEMOTRANSFUÇÕES						
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:						DATA:
ENTREGA DO BANCO DE SANGUE	TEMPO	HORA	PA	FC	TAX	Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA	Início					(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO INICIO	10 min					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO TÉRMINO	Término					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
HOUE RT: NÃO ( ) SIM ( ) HORA:			TIPO DE REAÇÃO:			
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:						DATA:
ENTREGA DO BANCO DE SANGUE	TEMPO	HORA	PA	FC	TAX	Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA	Início					(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO INICIO	10 min					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO TÉRMINO	Término					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
HOUE RT: NÃO ( ) SIM ( ) HORA:			TIPO DE REAÇÃO:			

TIPO DE HEMOCOMPONENTE:						DATA:
ENTREGA DO BANCO DE SANGUE	<b>TEMPO</b>	<b>HORA</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>TAX</b>	Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA	Início					(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO INICIO	10 min					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO TÉRMINO	Término					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
HOUE RT: NÃO ( ) SIM ( ) HORA:						TIPO DE REAÇÃO:
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:						DATA:
ENTREGA DO BANCO DE SANGUE	<b>TEMPO</b>	<b>HORA</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>TAX</b>	Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA	Início					(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO INICIO	10 min					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO TÉRMINO	Término					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
HOUE RT: NÃO ( ) SIM ( ) HORA:						TIPO DE REAÇÃO:
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:						DATA:
ENTREGA DO BANCO DE SANGUE	<b>TEMPO</b>	<b>HORA</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>TAX</b>	Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA	Início					(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO INICIO	10 min					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
ENF. RESPONSÁVEL PELO TÉRMINO	Término					Nº DA BOLSA
ASSINATURA E HORA						(COLE A ETIQUETA AQUI)
HOUE RT: NÃO ( ) SIM ( ) HORA:						TIPO DE REAÇÃO:
<p>LEGENDA: PA=PRESSÃO ARTERIAL/ FC=FREQUÊNCIA CARDIACA/TAX=TEMPERATURA AXILAR/RT=REAÇÃO TRANSFUNCIONAL</p> <p><b>OBSERVAÇÃO 1:</b> EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUNCIONAL DURANTE A INFUSÃO: PARAR A TRANSFUSÃO DE IMEDIATO - COMUNICAR O MÉDICO - DEVOLVER A BOLSA PARA A UNIDADE DISTRIBUIDORA - DESCRIVER O EVENTO DETALHADO NA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.</p> <p><b>OBSERVAÇÃO 2:</b> CASO SEJA REALIZADA MULTIPLAS HEMOTRANSFUSÕES DE PEQUENO VOLUME EM SEQUÊNCIA (EX.: PLASMA, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADO), VERIFICAR E REGISTRAR OS SINAIS VITAIS DE INICIO, APÓS 10 MIN E TÉRMINO NUM ÚNICO CAMPO DE HEMOCOMPONENTE E ANEXAR OS SELOS NO CAMPO DETERMINADO.</p>						





**Evolução de  
Enfermagem UTI**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DIH: \_\_\_



Identificação do paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

**1. Regulação neurológica:**

Orientando  Confuso  Alerta  Sonolento  Agitado  Calmo  Torposo  Comatoso  Sedado  Outros

Escala de coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ (Total)

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

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

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

**Escala de Richmond de Agitação-sedação-RASS:**

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

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

**3. Sono e repouso:**

Preservado  Inadequado \_\_\_\_\_

**4. Regulação térmica:**

Afebril \_\_\_\_\_ °C  Subfebril \_\_\_\_\_ °C  Febril \_\_\_\_\_ °C  Hipotérmico \_\_\_\_\_ °C

**5. Coloração e hidratação da pele e das mucosas:**

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

**6. Cuidados corporal:**

Higienização corporal:  Adequada  Inadequada: \_\_\_\_\_  
Higienização bucal:  Adequada  Inadequada: \_\_\_\_\_

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

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

**8. Nutrição:**

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

**9. Tórax**

Simétrico  Assimétrico  Tonel  Peito de pombo  Peito escavado  Cifoesciose  Outros: \_\_\_\_\_

**10. Oxigenação:**

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ irpm  SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %  ETCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %  
 Eupneico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Padrão Cheyne-Stokes  Padrão Kussmaul  Padrão Biot  
 MVF s\RA  MV diminuindo à direita  MV diminuindo à esquerda  
 Roncos \_\_\_\_\_  Sibilos \_\_\_\_\_  Crepitações \_\_\_\_\_  Atrito pleural \_\_\_\_\_  
 Ar ambiente  
 Dispositivos de assistência:  Cateter nasal \_\_\_\_\_ l/min  Macronebulização \_\_\_\_\_ l/min  Micronebulização \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h  
 Máscara de Venturi - Concentração \_\_\_\_\_ %  Máscara com reservatório  VNI Puft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h  
 Vm: Tipo: \_\_\_\_\_ VC \_\_\_\_\_ VM \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
Descrição da sereção traqueal: \_\_\_\_\_

**11. Regulação vascular:**

Frequência Cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm     PAM \_\_\_\_\_ mmHg     PA \_\_\_\_\_ mmHg     PIA \_\_\_\_\_ mmHg     PPC \_\_\_\_\_ mmHg

Normocárdico     Bradicárdio     Taquicárdio

Normotenso     Hipotenso     Hipertenso

Pulso:     Cheio     Filiforme     Rítmico     Arritmico

Ausculta:     BNRNF     B3+     B4+     Desdobramento de segunda bulha

Sopros:     Tipo: \_\_\_\_\_ grau \_\_\_\_\_/+4

Arritmias:     FA     TPSV     TV     FV     BAV \_\_\_\_\_ grau     Outros: \_\_\_\_\_

Marca-passo: \_\_\_\_\_

**12. Regulação abdominal:**

Normotenso     Tenso     Globoso     Distendido     Ascítico     Outros: \_\_\_\_\_

Ruidos hidroaéreos:     Presentes     Diminuídos     Hiperativos     Ausentes

Timpanismo:     Presentes     Diminuídos     Ausentes

Abaulamentos/visceromegalias:     Ausentes     Presentes: Local(is) \_\_\_\_\_

Gastrostomia     jejunostomia     Ileostomia

**13. Genitalia:**

Integridade preservada     Integridade comprometida Cite: \_\_\_\_\_

**14. Eliminação urimária:**

Espontânea     Estimulada:     Volume: \_\_\_\_\_     Medicamento: \_\_\_\_\_

Coletor     Fralda     SVD     SVA \_\_\_\_/\_\_\_\_ h     Cistostomia     Nefrostomia     Ureterostomia

Quantidade: \_\_\_\_\_     Aspecto:     Fisológico     Concentrado     Hematúria     Colúria     Piúria     Outros \_\_\_\_\_

Balço hidrico:    18: \_\_\_\_    06: \_\_\_\_    total 24hrs: \_\_\_\_\_

**15. Eliminação intestinal:**

Presente    Aspecto:     Consistente     Pastosa     Líquido-pastosa     Líquida     Outros: \_\_\_\_\_

Ausente    Quantos dias? \_\_\_\_\_     Conduta \_\_\_\_\_

Colostomia Aspecto \_\_\_\_\_

**16. MMSS E MMI:**

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

Edema     Ausente     Presente: Local \_\_\_\_\_

Perfusão capilar     Adequada (até 3 s)     Diminuída: Local \_\_\_\_\_

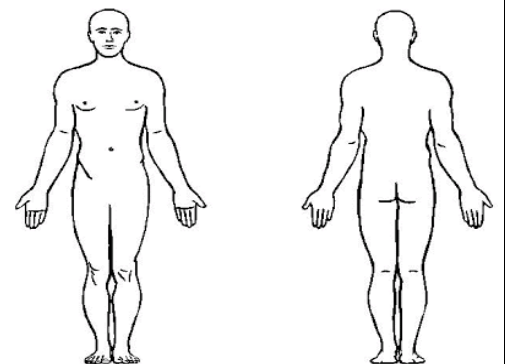
Cianose periférica     Ausente     Presente: Local \_\_\_\_\_

**17. Integridade física (cutaneomucosa)**

Preservada     Comprometida:

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

**24. Ocorrências durante o plantão**



## 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**





NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	HORA

**INDICADORES**

ACESSO VENOSO CENTRAL(CVC)
ACESSO VENOSO PERIFERICO(AVP)
DRENOS
ELETROCARDIOGRAMA – ECG
FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIALISE
GASTROSTOMIA (GTT)
INTUBAÇÃO
PRECAUÇÃO DE CONTATO – APOS RESULTADO FINALIZADO DE CULTURA
SHILLEY
SONDA NASOENTERAL(SNE)
SONDA NASOGASTRICA(SNG)
SONDA VESICAL DEMORA(AVD)
SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA)
TRAQUESWTOMIA(TQT)

**EVENTOS ADVERSOS**

PERDA DE SNE:
PERDA DE SNG:
PERDA DE SVD:
PERDA DE CVC:
PERDA DE AVP:
QUEDA:
LESÃO POR PRESSÃO – CASO NOVO (Leito/Nome/local):
FLEBITE (Leito/Nome/local):

CHECKLIST			PROTOCOLO			CHECAGEM
MATERIAIS	RECEBIDO	ENTREGUE	EMPRESTIMO DE MATERIAIS			CARRINHO DE EMERGÊNCIA
PSICOTRÓPICOS			MATERIAL	SETOR	ASSINATURA	LACRADO ( )
GLICOSÍMETRO						CHECKLISTATUALIZADO ( )
TERMÔMETRO						TÁBUA DEMASSAGEM ( )
ESFIGMOMANÔMETRO MANUAL						CILINDRO DE O2>50 ( )
OXÍMETRO DE PULSO						GELCONDUTOR ( )
ESTETOCÓSPIO						CAIXA DE INTUBAÇÃO
MONITOR						LACRADA ( )
BALA DE O2						CHECKLISTATUALIZADO ( )
DECLARAÇÃO DE ÓBITO						LARINGOSCÓPIOTESTADO( )
APARELHO DE ECG						CARDIOVERSOR
OUTROS:						TESTADO( )
						PLANILHA
						CHECADAS ( )
						LEGENDA: CONFORME (C) NÃO CONFORME (NC)





HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
DO MARANHÃO  
SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS



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



## CHECK LIST PSICOBOX UTI



MATERIAL OU MEDICAMENTO	QUANTIDADE	ENCONTRADO	RESPOSTO	VALIDADE
CETAMINA 50MG/ML	01 AMPOLA			
CLORPROMAZINA 25MG/5ML	05 AMPOLAS			
CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100MG	01 AMPOLA			
DEXMEDETOMIDINA 118MCG/ML	02 AMPOLAS			
DIAZEPAM 5MG/ML 2ML	05 AMPOLAS			
DROPERIDOL 2,5MG/ML	02 AMPOLAS			
ETOMIDATO 2MG/ML 10ML	02 AMPOLAS			
FENITOÍNA 50MG/ML 5ML	05 AMPOLAS			
FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML	05 AMPOLAS			
FENTANILA 78,5MG/ML/10ML	05 AMPOLAS			
FLUMAZENIL 0.2MG/ML 5ML	02 AMPOLAS			
HALOPERIDOL 5MG/ML	05 AMPOLAS			
MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML	05 AMPOLAS			
MIDAZOLAM 5MG/ML SML.	01 AMPOLAS			
MORFINA 10MG/ML	03 AMPOLAS			
NALOXONA 0,4MG/ML	02 AMPOLAS			
PROPOFOL 10MG/ML	02 AMPOLAS			
TRAMADOL SOMG/ML. 2ML	02 AMPOLAS			

REVISADO EM:

LACRE ROMPIDO:

LACRE NOVO:

VISTO FARMACIA:

VISTO ENFERMAGEM:

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