

## **ATO CONVOCATÓRIO**

### **COTAÇÃO Nº 0436/2024**

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 **15/08/2024 a 20/08/2024**, 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 Regional de Viana, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/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 **15/08/2024 a 20/08/2024**.

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.

6.1. Qualquer modificação introduzida no edital no mesmo período, será publicada no site oficial do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br>.

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.

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

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

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

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

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

**9.3.** As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que "A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/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 Regional de Viana**, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 8202-4977.

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

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

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

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

a) Advertência;

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

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

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

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

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

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

a) Contrato Social registrado;

b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;

d) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas na data da proposta;

e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);

g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

das sanções legais.

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

**32.** O contrato é acessório ao principal (**CONTRATO DE GESTÃO nº 004/2018**) 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 rescindir ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não ensejará nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica.

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

Santo Antônio de Pádua/RJ, 15 de agosto de 2024.

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

anos



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. Quantidade estimada e especificações

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                                              | UNIDADE | QTD ESTIMADA |
|------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 1    | 010227 | AVISO DE CIRURGIA LCA, BLOCO C/ 100 UNIDADES                                                      | BLOCO   | 24           |
| 2    | 008064 | BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL                                            | BLOCO   | 24           |
| 3    | 003664 | BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 - BRANCO/AZUL                                          | BLOCO   | 300          |
| 4    | 004380 | BLOCO DE FICHA CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO-CENTRO CIRÚRGICO 100X1-BRANCO/AZUL                   | BLOCO   | 24           |
| 5    | 009563 | BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM AMBULATORIAL 100X1                         | BLOCO   | 24           |
| 6    | 009569 | BLOCO DE FICHA RELATORIO ENFERMAGEM-FRENTE/VERSO-100X1                                            | UNIDADE | 48           |
| 7    | 004348 | BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 -BRANCO/AZUL                                                   | UNIDADE | 300          |
| 8    | 004356 | BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1- BRANCO/AZUL                                               | UNIDADE | 24           |
| 9    | 007100 | BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                                | UNIDADE | 48           |
| 10   | 007990 | BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1                                                                  | BLOCO   | 36           |
| 11   | 007104 | BLOCO FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                         | UNIDADE | 36           |
| 12   | 007109 | BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1, BRANCO/AZUL         | BLOCO   | 130          |
| 13   | 004558 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.                                                   | BLOCO   | 36           |
| 14   | 004453 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SINAIS VITAIS - ENFERMARIAS,FRENTE                                        | BLOCO   | 300          |
| 15   | 004560 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE TROCA.                                                           | BLOCO   | 24           |
| 16   | 004452 | BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA | BLOCO   | 120          |
| 17   | 007115 | BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                              | BLOCO   | 24           |
| 18   | 004350 | BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL                                                       | UNIDADE | 150          |
| 19   | 004343 | BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL                                       | BLOCO   | 130          |
| 20   | 007118 | BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL                                                           | BLOCO   | 600          |
| 21   | 004346 | BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL                                                   | UNIDADE | 24           |
| 22   | 007120 | BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                   | UNIDADE | 120          |
| 23   | 007993 | BLOCO UTILIZACAO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21                                                        | UNIDADE | 12           |
| 24   | 008001 | BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1                                                    | UNIDADE | 240          |
| 25   | 004440 | EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.                       | BLOCO   | 36           |
| 26   | 010409 | FICHA DE ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL - BLOCO 100 FOLHAS                                            | BLOCO   | 24           |
| 27   | 010433 | SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - BLOCO 100 FOLHAS                                     | BLOCO   | 24           |
| 28   | 004284 | SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO   | 180          |

## ANEXO I

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

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

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

**1.1.** O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL REGIONAL DE VIANA, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/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 | QTD ESTIMADA |
|------|--------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 1    | 010227 | AVISO DE CIRURGIA LCA, BLOCO C/ 100 UNIDADES                                    | BLOCO   | 24           |
| 2    | 008064 | BLOCO ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL- 100X 1 BRANCO E AZUL                          | BLOCO   | 24           |
| 3    | 003664 | BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 - BRANCO/AZUL                        | BLOCO   | 300          |
| 4    | 004380 | BLOCO DE FICHA CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO-CENTRO CIRURGICO 100X1-BRANCO/AZUL | BLOCO   | 24           |
| 5    | 009563 | BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM AMBULATORIAL 100X1       | BLOCO   | 24           |
| 6    | 009569 | BLOCO DE FICHA RELATORIO ENFERMAGEM-FRENTE/VERSO-100X1                          | UNIDADE | 48           |
| 7    | 004348 | BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL                                | UNIDADE | 300          |
| 8    | 004356 | BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1-BRANCO/AZUL                              | UNIDADE | 24           |
| 9    | 007100 | BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL                              | UNIDADE | 48           |

|    |        |                                                                                                   |         |     |
|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 10 | 007990 | BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1                                                                  | BLOCO   | 36  |
| 11 | 007104 | BLOCO FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                         | UNIDADE | 36  |
| 12 | 007109 | BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1, BRANCO/AZUL         | BLOCO   | 130 |
| 13 | 004558 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.                                                   | BLOCO   | 36  |
| 14 | 004453 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SINAIS VITAIS - ENFERMARIAS, FRENTE                                       | BLOCO   | 300 |
| 15 | 004560 | BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE TROCA.                                                           | BLOCO   | 24  |
| 16 | 004452 | BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA | BLOCO   | 120 |
| 17 | 007115 | BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                              | BLOCO   | 24  |
| 18 | 004350 | BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL                                                       | UNIDADE | 150 |
| 19 | 004343 | BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL                                       | BLOCO   | 130 |
| 20 | 007118 | BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL                                                           | BLOCO   | 600 |
| 21 | 004346 | BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL                                                   | UNIDADE | 24  |
| 22 | 007120 | BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL                                   | UNIDADE | 120 |
| 23 | 007993 | BLOCO UTILIZACAO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21                                                        | UNIDADE | 12  |
| 24 | 008001 | BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1                                                    | UNIDADE | 240 |
| 25 | 004440 | EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.                       | BLOCO   | 36  |
| 26 | 010409 | FICHA DE ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL - BLOCO 100 FOLHAS                                            | BLOCO   | 24  |
| 27 | 010433 | SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - BLOCO 100 FOLHAS                                     | BLOCO   | 24  |
| 28 | 004284 | SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS | BLOCO   | 180 |

**1.2. A CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Regional de Viana**, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000.

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

**1.4.** A compra dos materiais será realizada de acordo com a necessidade da Unidade de Saúde, sendo as quantidades definidas acima mera estimativa podendo sofrer variações para mais e/ou para menos e serão fornecidas após o recebimento da Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos pela **CONTRATANTE**).

1.5. 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.

1.6. Nos casos em que houver a necessidade de aquisição em número superior ao previamente definido na quantidade estimada, em razão da demanda e urgência na Unidade de Saúde, a **CONTRATANTE** enviará Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** que deverá realizar a entrega dos materiais no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento.

1.7. Havendo necessidade de realizar compra acima da quantidade estimada, a **CONTRATANTE** pagará os valores especificados na Proposta Comercial enviada pela **CONTRATADA** através da Cotação de Preços nº 436/2024/MA, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, podendo a **CONTRATANTE** negociar novo valor com a **CONTRATADA** devido ao aumento na quantidade a ser comprada.

## CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

2.1. 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**:

2.2. 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;

2.3. 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;

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

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

3.1. 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

4.1. 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 0436/2024/MA.

4.2. 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.

4.3. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO**, inscrita no CNPJ nº **02.973.240/0001-06**, referente ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/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**.

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

4.5. 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:**

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

4.5.2. **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;**

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

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

4.6. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome da unidade em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **04/2018/SES** celebrado com a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**.

4.7. 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**

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

**4.9.** 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**

**5.1.** 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.

**5.2.** 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).

**5.3.** O local de entrega do objeto deste contrato será o **Hospital Regional de Viana**, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

**5.4.** Condição de Entrega:

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

**5.4.2.** 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.

**5.5.** Condição de Recebimento:

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

**5.5.2.** Os materiais deverão ser entregues em embalagens adequadas, entendendo-se como tal aquelas que condicionam devidamente os materiais, envelopes ou outros

condicionamentos similares, que correspondam efetivamente à apresentação do produto.

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

**5.7.** 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**

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

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

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES**

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

**7.1.1.** 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;

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

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

**7.1.4.** Advertência;

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

**7.2.** 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.

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

**7.4. 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**

**8.1. 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:

**8.1.1.** Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 0436/2024/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

**8.1.3.** 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**;

**8.1.4.** 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. 0436/2024/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

**8.1.5.** Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

**8.1.11.** Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e

responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;

**8.1.12.** Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 0436/2024/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

**8.2.** 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;

**8.3.** 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.

**8.4.** 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**.

**8.5.** 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**

**9.1.** 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 0436/ 2024/ MA.

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

**9.3.** Permitir, desde que necessário, o livre acesso dos funcionários da **CONTRATADA** em suas dependências, para fins de realização da entrega dos materiais.

**9.4.** Prestar informações e esclarecimentos restritos ao objeto deste contrato sempre que solicitados pelos empregados da **CONTRATADA**.

**9.5.** Rejeitar o fornecimento dos materiais objeto do presente contrato, por terceiros, sem autorização expressa das partes.

**9.6.** Solicitar a substituição dos materiais que apresentarem avarias, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.

**9.7.** Atestar as faturas correspondentes e supervisionar o fornecimento dos materiais por intermédio de um funcionário designado para este fim.

**9.8.** Comunicar por escrito à **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO**

**10.1.** 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**

**11.1.** 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.

**11.2.** 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;

**11.3.** 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.

**11.4.** 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.

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

**11.6.** 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;

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

**11.8.** Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estadoda 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.

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**12.1.** 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.

**12.2.** 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.

**12.3.** 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**.

**12.4.** 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.

**12.5.** 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**.

**12.6.** 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**

**13.1.** 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**

**14.1.** 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**

# 20 anos

## MODELO DOS FORMULÁRIOS





**Sistema  
Único de  
Saúde**

**Ministério  
da  
Saúde**

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



## UTILIZAÇÃO DE OPME

ÓRTESE / PROTESE / MATERIAIS ESPECIAIS

**HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE**

4

PRONTUÁRIO.: \_\_\_\_\_ LEITO.: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA.: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO.: \_\_\_\_\_

OPME.: ☐ CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS Ø 3,5MM ☐ CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS Ø 4,5MM

[illegible]

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

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

SALA DE CIRURGIA.:

CIRCULANTE(A).: \_\_\_\_\_



**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**  
ROD MA 014 S/N – SANTA EULALIA CEP.: 65.215-000  
(98) 3351-0777 / 3351-1938 / 3351-0725



**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES EMERGENCIAIS IMAGEM**

|                                                  |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDADE SOLICITANTE:                             |                                                                                                                                                |
| NOME DO PACIENTE:                                |                                                                                                                                                |
| DATA SOLICITAÇÃO:                                |                                                                                                                                                |
| UNIDADE EXECUTANTE:                              |                                                                                                                                                |
| TIPO DE EXAME:                                   |                                                                                                                                                |
| QUADRO CLÍNICO:                                  |                                                                                                                                                |
| SINAIS VITAIS:                                   | PA: ____ X ____ mmHG      FC: ____ BAT/MIN      GLASGOW: ____                                                                                  |
| EXAMES REALIZADOS ANTERIORES                     | ULTRASSONOGRRAFIA: (   ) SIM      (   ) NÃO      RESULTADO: ____<br>RAIO X:                      (   ) SIM      (   ) NÃO      RESULTADO: ____ |
| MÉDICO SOLICITANTE:                              | NOME: _____ CRM: _____                                                                                                                         |
| ASSINATURA MÉDICO:                               |                                                                                                                                                |
| NOME DO AUTORIZADOR UNIDADE SOLICITANTE          |                                                                                                                                                |
| ASSINATURA DO AUTORIZADOR DA UNIDADE SOLICITANTE | DATA: _____<br><br>ASSINATURA: _____                                                                                                           |

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

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



**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**  
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA)  
**(98) 3351-0777 / 3351-1938**

GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| NOME: _____                                                        | REGISTRO: |
| DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: ____ COR: ____      |           |
| ENDEREÇO: _____ Nº: _____                                          |           |
| BAIRRO: _____ FONE/CELULAR: _____                                  |           |
| CIDADE: _____ UF: _____ ESTADO CIVIL: _____                        | DATA:     |
| MÃE: _____                                                         |           |
| PAI: _____                                                         |           |
| CNS: _____ PRONTUÁRIO: _____                                       | HORA:     |
| RECEPCIONISTA: _____                                               |           |
|                                                                    |           |
| Médico: _____ Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Clínica: MÉDICA        |           |
| Procedimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA     |           |
| SAI/SUS: 0301060061 Modalidade: HOSPITALAR Caráter: URGÊNCIA _____ |           |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐

VERMELHO

☐

AMARELO

☐

VERDE

☐

AZUL

Queixas:

|                  |       |             |                      |      |        |        |     |
|------------------|-------|-------------|----------------------|------|--------|--------|-----|
| Pressão Arterial | Pulso | Temperatura | Freq. Respi.<br>Rat. | Peso | Altura | SAT O2 | HGT |
|                  |       |             |                      |      |        |        |     |

Alergias:

Hora:

Medicação em uso:

Doenças pré-existentes:

☐

HAS

☐

DM

☐

IRC

Outras:

Carimbo e Assinatura do Profissional

[illegible]

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA ___/___/___ HORA DE INÍCIO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NOME: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | PRONTUÁRIO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| SALA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | HORA DE TÉRMINO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | UNIDADE DE ORIGEM: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | MODALIDADE: ( ) ELETIVA ( ) URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| LEITO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>ANTES DO CLIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>ANESTESIOLOGISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>CONFIRMAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>REGISTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <p><b>Paciente ou responsável confirma:</b></p> <p>Nome completo? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Local da cirurgia? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Observações: _____</p> <p>Retirado prótese e adornos? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Enfermagem verifica:</b></p> <p>Termo de consentimento assinado?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Pulseira de identificação correta? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Qual o lado demarcado?</p> <p>( ) Direito ( ) esquerdo ( ) não se aplica</p> <p>OPME's confirmadas e disponíveis?</p> <p>( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> |  | <p><b>Anestesiologista confirma:</b></p> <p>Identificação do paciente? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Local da cirurgia? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Jejum? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>O cliente tem alguma alergia? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Há risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/Kg em crianças)?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Se sim, há reserva sanguínea?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Classificação quanto ao porte:</p> <p>( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> |  | <p><b>Cirurgião confirma:</b></p> <p>Identificação do paciente? ( )</p> <p>Local e lateralidade da cirurgia? ( )</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? ( )</p> <p>O antibiótico profilático foi administrado?</p> <p>( ) Sim. Qual? _____ Horário _____</p> <p>( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Exames de imagem disponíveis? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Duração aproximada da cirurgia: _____</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis?</p> <p>( ) Sim ( ) Não. Quais? _____</p> <p><b>Enfermagem confirma:</b></p> <p>Placa de eletrocautério está posicionada?</p> <p>( ) Sim ( ) Não. Local? _____</p> <p>Integrador indica esterilização dos instrumentos cirúrgicos? ( ) Sim ( ) Não ( ) controle de</p> |  | <p><b>Equipe confirma:</b></p> <p>Houve mudança no procedimento realizado? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____</p> <p>A contagem de gases, compressas, agulhas e instrumentais está correta? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Peças anatômicas/ culturas estão identificadas adequadamente e requisição preenchida? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____</p> <p>Após realizar inspeção de pele/mucosa, foi identificada lesão decorrente de intercorrências na sala de cirurgia?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> |  |

Enfº / Téc. Enf \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| NOME:        | ID:                |
| DIAGNÓSTICO: | ENFERMARIA: LEITO: |
| ESTADO CIVIL | FILHOS:            |

| DATA<br>/ / | ASPECTOS<br>COMPORTAMENTAIS                                                                                                                                                                                                                       | ASPECTOS<br>PSICOLÓGICOS<br>EMOCIONAIS                                                                                                                                                 | ASPECTOS<br>INTERACIONAIS                        | INTERCORRÊNCIAS | PROCEDIMENTO<br>PROFISSIONAL |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
|             | ( ) Fala Consciente<br>( ) Fala Desconexa<br>( ) Sono Normal<br>( ) Insônia<br>( ) Passividade<br>( ) Impaciente<br>( ) Agressividade<br>( ) Tranquilo<br>( ) Calmo<br>( ) Irritado<br>( ) Otimista<br>( ) Pessimista<br>( ) Agitação Psicomotora | ( ) Ansiedade<br>( ) Mal Humor<br>( ) Medo<br>( ) Raiva<br>( ) Tristeza<br>( ) Alegria<br>( ) Angustia<br>( ) Agitação<br>( ) Luto<br>( ) Depressão<br>( ) Estresse<br>( ) Inquietação | ( ) Suporte Familiar<br>( ) Sem Suporte Familiar |                 |                              |
| DATA<br>/ / | ASPECTOS<br>COMPORTAMENTAIS                                                                                                                                                                                                                       | ASPECTOS<br>PSICOLÓGICOS<br>EMOCIONAIS                                                                                                                                                 | ASPECTOS<br>INTERACIONAIS                        | INTERCORRÊNCIAS | PROCEDIMENTO<br>PROFISSIONAL |
|             | ( ) Fala Consciente<br>( ) Fala Desconexa<br>( ) Sono Normal<br>( ) Insônia<br>( ) Passividade<br>( ) Impaciente<br>( ) Agressividade<br>( ) Tranquilo<br>( ) Calmo<br>( ) Irritado<br>( ) Otimista<br>( ) Pessimista<br>( ) Agitação Psicomotora | ( ) Ansiedade<br>( ) Mal Humor<br>( ) Medo<br>( ) Raiva<br>( ) Tristeza<br>( ) Alegria<br>( ) Angustia<br>( ) Agitação<br>( ) Luto<br>( ) Depressão<br>( ) Estresse<br>( ) Inquietação | ( ) Suporte Familiar<br>( ) Sem Suporte Familiar |                 |                              |
| DATA<br>/ / | ASPECTOS<br>COMPORTAMENTAIS                                                                                                                                                                                                                       | ASPECTOS<br>PSICOLÓGICOS<br>EMOCIONAIS                                                                                                                                                 | ASPECTOS<br>INTERACIONAIS                        | INTERCORRÊNCIAS | PROCEDIMENTO<br>PROFISSIONAL |
|             | ( ) Fala Consciente<br>( ) Fala Desconexa<br>( ) Sono Normal<br>( ) Insônia<br>( ) Passividade<br>( ) Impaciente<br>( ) Agressividade<br>( ) Tranquilo<br>( ) Calmo<br>( ) Irritado<br>( ) Otimista<br>( ) Pessimista<br>( ) Agitação Psicomotora | ( ) Ansiedade<br>( ) Mal Humor<br>( ) Medo<br>( ) Raiva<br>( ) Tristeza<br>( ) Alegria<br>( ) Angustia<br>( ) Agitação<br>( ) Luto<br>( ) Depressão<br>( ) Estresse<br>( ) Inquietação | ( ) Suporte Familiar<br>( ) Sem Suporte Familiar |                 |                              |

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA:

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



GOVERNO DO  
MARANHÃO  
GOVERNO DE TODOS NÓS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

DIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ QP: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

## 1. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:

[ ] ORIENTADO [ ] ALERTA [ ] SONOLENTO [ ] AGITADO [ ] CALMO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW: \_\_\_\_\_ (TOTAL)

SEDAÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM, QUAL: ( ) MIDAZOLAM ( ) FENTANIL ( ) PROPOFOL ( ) OUTRO

## 2. SONO E REPOUSO:

☐ PRESERVADO ☐ INADEQUADO: \_\_\_\_\_

## 3. DEAMBULAÇÃO

## 4. 3. REGULAÇÃO TÉRMICA:

☐ AFEBRIL \_\_\_\_ °C ☐ FEBRIL \_\_\_\_ °C ☐ HIPOTÉRMICO \_\_\_\_ °C

## 4. COLORAÇÃO E HIDRATAÇÃO DA PELE E MUCOSAS:

☐ ANICTÉRICO ☐ ICTÉRICO \_\_\_\_+/+4 ☐ ACIANÓTICO ☐ CIANÓTICO \_\_\_\_+/+4 ☐ CORADO

☐ HIPOCORADO \_\_\_\_+/+4 ☐ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO

## 5. CUIDADOS CORPORAL:

HIGIENE CORPORAL: ☐ ADEQUADA ☐ INADEQUADA

HIGIENE BUCAL: ☐ ADEQUADA ☐ INADEQUADA

## 6. NUTRIÇÃO:

Tipo: \_\_\_\_\_ Aceitação: ☐ Adequada ☐ Inadequada

Via: ☐ VO ☐ Enteral ☐ Parenteral Fluxo: \_\_\_\_\_ ml/h ☐ Restrição Hídrica: \_\_\_\_\_

Estase: ☐ Ausente ☐ Presente: Volume \_\_\_\_\_ Suspensa: motivo: \_\_\_\_\_

## 7. TORAX:

☐ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Tonel ☐ Peito de pombo ☐ Peito escavado ☐ Cifoescoliose

## 8. OXIGENAÇÃO: Frequência Respiratória:

\_\_\_\_ Irpm SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ %

☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações ☐ MV: \_\_\_\_\_ ☐ Ar ambiente

☐ Dispositivos de assistência: ☐ Cateter Nasal \_\_\_\_/min ☐ Macronebulização \_\_\_\_/min ☐ Micronebulização \_\_\_\_/h

Descrição da secreção traqueal: \_\_\_\_\_

## 9. REGULAÇÃO VASCULAR:

☐ Frequência Cardíaca: \_\_\_\_ bpm

☐ PA \_\_\_\_ mmHg

☐ Normocárdio ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Pulso: ☐ cheio ☐ filiforme ☐ rítmico ☐ arritmico

## 10. VENOCLISE E DISPOSITIVOS DE INFUSÃO:

☐ AVP: ( ) MSE ( ) MSD ( ) MID ( ) MIE DATA: \_\_\_\_\_ JELCO: \_\_\_\_\_

☐ CVC: ( ) SUBCLÁVIA ( ) FEMORAL ( ) JUGULAR ( ) ANTECUBITAL ( ) DIREITA ( ) ESQUERDA

SINAIS FLOGÍSTICOS: ☐ SIM ☐ NÃO

## 11. REGULAÇÃO ABDOMINAL:

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

Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presentes ☐ Diminuídos ☐ Hiperativos ☐ Ausentes

Timpanismo: ☐ Presentes ☐ Diminuídos ☐ Ausentes

☐ GTT ☐ Jenunostomia ☐ Ileostomia ☐ Outros: \_\_\_\_\_

## 12. GENITALIA:

☐ Integridade Preservada ☐ Integridade comprometida: \_\_\_\_\_

## 13. ELIMINAÇÃO URINÁRIA:

☐ Espontânea ☐ Estimulada ☐ Medicamentos: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_\_

☐ Coletor ☐ Fralda ☐ SVD ☐ SVA \_\_\_\_/\_\_\_\_ H ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia

Volume: \_\_\_\_\_ Aspecto: ☐ Fisiológico ☐ Concentrado ☐ Hematúria ☐ Colúria Piúria

Balanco Hídrico: Vol/Hora: \_\_\_\_\_ Vol/Hora: \_\_\_\_\_ Vol/Hora: \_\_\_\_\_ Vol/Hora: \_\_\_\_\_ Vol/Hora: \_\_\_\_\_

## 14. ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Consistente ☐ Pastosa ☐ Líquido - pastosa ☐ Líquida ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Quantos dias? \_\_\_\_\_ Conduta: \_\_\_\_\_

☐ Colostomia ☐ Aspecto: \_\_\_\_\_

## 15. MMSS e MMI:

Paresia \_\_\_\_ Plegia \_\_\_\_ Paraplegia Tetraplegia Parestesia Fistula arteovenosa (FAV) Local: \_\_\_\_\_

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

## 16. INTEGRIDADE FÍSICA (cutânea-mucosa):

☐ Preservada ☐ Comprometida

## 17. ESCALA DE BRADEN – AVALIAÇÃO

SEM RISCO: 19 A 23 PONTOS; MÉDIO RISCO: 15 A 18 PONTOS; RISCO MODERADO: 13 A 14 PONTOS; ALTO RISCO 10 A 12 PONTOS.

| DESCRIÇÃO              | 1                     | 2                        | 3                      | 4                        | Total |
|------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| Percepção Sensorial    | Totalmente limitado   | Muito limitado           | Levemente limitada     | Nenhuma limitação        |       |
| Umidade                | Completamente molhado | Muito molhado            | Ocasionalmente molhado | Raramente molhado        |       |
| Atividade              | Acamado               | Confinado a cadeira      | Anda ocasionalmente    | Anda frequentemente      |       |
| Mobilidade             | Totalmente imóvel     | Bastante limitado        | Levemente limitada     | Não apresenta limitações |       |
| Nutrição               | Muito pobre           | Provavelmente inadequada | Adequada               | Excelente                |       |
| Fricção e Cisalhamento | Problema              | Problema em potencial    | Nenhum problema        | -----                    |       |

## 18. ESCALA MORSE

| Nº | CATEGORIA                                                                                                                | ESCORE        | TOTAL                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | HISTORIA DE QUEDA RECENTE<br>NÃO<br>SIM                                                                                  | 0<br>25       | ESCORE<br><br>< 41 RISCO MÉDIO<br><br>41-51 RISCO ELEVADO<br><br>>51 RISCO MUITO ELEVADO |
| 2  | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO<br>NÃO<br>SIM                                                                                     | 0<br>15       |                                                                                          |
| 3  | AUXILIO PARA DEAMBULAR<br>NENHUM/ACAMADA/AUXILIADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE<br>MULETA/BENGALA/ANDADOR/MOBILIARIO/PAREDE | 0<br>15<br>30 |                                                                                          |
| 4  | TERAPIA ENDOVENOSA/DISPOSITIVO ENDOVENOSO SINALIZADO OU HEPARINIZADO<br>NÃO<br>SIM                                       | 0<br>20       |                                                                                          |
| 5  | NORMAL/ SEM DEAMBULAÇÃO, ACAMADA, CADEIRA DE RODAS<br>FRACA<br>COMPROMETIDA, COMBALENTE                                  | 0<br>10<br>20 |                                                                                          |
| 6  | ESTADO MENTAL<br>ORIENTADO, CAPAZ QUANTO A SUA CAPACIDADE/LIMITAÇÃO<br>SUPERESTIMA CAPACIDADE/ESQUECE LIMITAÇÕES         | 0<br>15       |                                                                                          |
|    | TOTAL                                                                                                                    |               |                                                                                          |

## OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

[illegible]

## CARIMBO E ASSINATURA

---





## UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE

## IDENTIFICAÇÃO

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nome:                           | Leito:                           |
| Nome Social:                    | Data de admissão:                |
| Data de nascimento:     /     / | Idade:     Sexo: ( ) M     ( ) F |

TRIAGEM NUTRICIONAL  
NRS-2002

|                                                                   |            |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>Etapa 1 - Triagem Inicial</b>                                  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
| 0 IMC é < 20,5Kg/m <sup>2</sup> ?                                 |            |            |
| 0 paciente perdeu peso nos 3 últimos meses?                       |            |            |
| 0 paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana? |            |            |
| 0 paciente é gravemente doente?                                   |            |            |

## Etapa 2

| Estado nutricional         |                                                                                                                                                                                            | Gravidade da doença<br>(aumento das necessidades nutricionais) |                                                                                                                                                               |                      |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| 0 escore<br>ausência       | Estado nutricional normal.                                                                                                                                                                 | 0 escore<br>ausência                                           | Necessidades nutricionais normais                                                                                                                             |                      |  |
| 1 escore<br>leve           | Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.                                                                           | 1 escore<br>leve                                               | Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula. |                      |  |
| 2 escore<br>moderado       | Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.      | 2 escore<br>moderado                                           | Cirurgia abdominal de grande porte, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.                       |                      |  |
| 3 escore<br>grave          | Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais. | 3 escore<br>grave                                              | Trauma, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).                                                                             |                      |  |
| <b>Escore nutricional:</b> |                                                                                                                                                                                            | <b>Escore gravidade da doença:</b>                             |                                                                                                                                                               | <b>Escore Total:</b> |  |

\*Somar 1 ponto para idosos acima de 70 anos

Escore total:

Classificação: &lt; 3 pontos= sem risco nutricional. Reavaliar a cada 7 dias.

≥ 3 pontos= risco nutricional. Conduta: proceder com a avaliação nutricional e planejamento da terapia nutricional.

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Data: ____/____/____ | _____<br>Responsável |
|----------------------|----------------------|



[illegible]

**BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS**

[ ] BPC [ ] BOLSA FAMÍLIA [ ] AUXÍLIO-DOENÇA [ ] APOSENTADORIA [ ] PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE  
[ ] AUXÍLIO-RECLUSÃO [ ] SALÁRIO MATERNIDADE [ ] OUTROS \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL**

| VÍNCULO                 | NATUREZA DO VÍNCULO         | SITUAÇÃO ATUAL   |
|-------------------------|-----------------------------|------------------|
| [ ] INSS                | [ ] EMPREGADO               | [ ] ATIVO        |
| [ ] ESTADUAL            | [ ] EMPREGADO DOMÉSTICO     | [ ] APOSENTADO   |
| [ ] FEDERAL             | [ ] TRABALHADOR AVULSO      | [ ] DESEMPREGADO |
| [ ] MUNICIPAL           | [ ] CONTRIBUINTE INDIVIDUAL | [ ] PENSIONISTA  |
| [ ] PREVIDÊNCIA PRIVADA | [ ] SEGURADO ESPECIAL       | [ ] DEPENDENTE   |
| [ ] SEM VÍNCULO         | [ ] SEGURADO FACULTATIVO    |                  |

**REDE DE REFERÊNCIA**

[ ] UBS [ ] UM DE SAÚDE [ ] HOSPITAL [ ] UPA [ ] CAPS [ ] HOSPITAL DIA [ ] CRAS [ ] CREAS [ ] APS  
[ ] FÓRUM [ ] SAD/MELHOR EM CASA [ ] CONSELHO TUTELAR  
[ ] OUTROS \_\_\_\_\_

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/DIAGNÓSTICO

DATA DA ADMISSÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR

LEITO

**IMUNIZAÇÃO**

|                        |             |             |                        |                        |
|------------------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|
| [ ] CORONAVAC          | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] OXFORD/ASTRAZENICA | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] PFIZER             | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] SPUTNIK V          | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] OUTRA _____        | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |

**EVOLUÇÃO SOCIAL**

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

ASSISTENTE SOCIAL

[illegible]

### BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS

[ ] BPC [ ] BOLSA FAMÍLIA [ ] AUXÍLIO-DOENÇA [ ] APOSENTADORIA [ ] PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE  
[ ] AUXÍLIO-RECLUSÃO [ ] SALÁRIO MATERNIDADE [ ] OUTROS \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL

#### VÍNCULO

[ ] INSS  
[ ] ESTADUAL  
[ ] FEDERAL  
[ ] MUNICIPAL  
[ ] PREVIDÊNCIA PRIVADA  
[ ] SEM VÍNCULO

#### NATUREZA DO VÍNCULO

[ ] EMPREGADO  
[ ] EMPREGADO DOMÉSTICO  
[ ] TRABALHADOR AVULSO  
[ ] CONTRIBUINTE INDIVIDUAL  
[ ] SEGURADO ESPECIAL  
[ ] SEGURADO FACULTATIVO

#### SITUAÇÃO ATUAL

[ ] ATIVO  
[ ] APOSENTADO  
[ ] DESEMPREGADO  
[ ] PENSIONISTA  
[ ] DEPENDENTE

### REDE DE REFERÊNCIA

[ ] UBS [ ] UM DE SAÚDE [ ] HOSPITAL [ ] UPA [ ] CAPS [ ] HOSPITAL DIA [ ] CRAS [ ] CREAS [ ] APS  
[ ] FÓRUM [ ] SAD/MELHOR EM CASA [ ] CONSELHO TUTELAR  
[ ] OUTROS \_\_\_\_\_

### DADOS DA INTERNAÇÃO

#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/DIAGNÓSTICO

DATA DA ADMISSÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SETOR

LEITO

### IMUNIZAÇÃO

|                        |             |             |                        |                        |
|------------------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|
| [ ] CORONAVAC          | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] OXFORD/ASTRAZENICA | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] PFIZER             | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] SPUTNIK V          | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |
| [ ] OUTRA _____        | [ ] 1ª dose | [ ] 2ª dose | 1ª DATA ____/____/____ | 2ª DATA ____/____/____ |

### EVOLUÇÃO SOCIAL

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

ASSISTENTE SOCIAL



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR( CCIH)



## HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

## SCIH – SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

## FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ kgINDICAÇÃO: ☐ PROFILAXIA\* ☐ TERAPIA (TRATAMENTO)SE PROFILAXIA CIRÚRGICA, INDIQUE A CLÍNICA E O PROCEDIMENTO\* ☐ ORTOPEDIA ☐ GASTRO-INTESTINAL ☐ TORÁCICA ☐ GINECOLÓGICA

## CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

- ☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA (INDICAR TERAPIA)
- ☐ PELE E PARTES MOLES

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

|                                         |                                       |                                                  |                                       |                                                      |                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amicacina      | <input type="checkbox"/> Ampicilina   | <input type="checkbox"/> Ampicilina-Sulbactam    | <input type="checkbox"/> Azitromicina | <input type="checkbox"/> Benzilpenicilina Benzatina  | <input type="checkbox"/> Cefalexina     |
| <input type="checkbox"/> Cefalotina     | <input type="checkbox"/> Cefazolina   | <input type="checkbox"/> Cefepime                | <input type="checkbox"/> Cefotaxima   | <input type="checkbox"/> Ceftriaxona                 | <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina |
| <input type="checkbox"/> Claritromicina | <input type="checkbox"/> Clindamicina | <input type="checkbox"/> Gentamicina             | <input type="checkbox"/> Imipenem     | <input type="checkbox"/> Levofloxacina               | <input type="checkbox"/> Meropenem      |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol   | <input type="checkbox"/> Oxacilina    | <input type="checkbox"/> Piperacilina Tazobactam | <input type="checkbox"/> Polimixina B | <input type="checkbox"/> Sulfametaxazol-Trimetoprima | <input type="checkbox"/> Vancomicina    |

✓ POSOLOGIA: \_\_\_\_\_ MG / DOSE ADMINISTRAÇÃO: ☐ EV ☐ IM ☐ VO DURAÇÃO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_ DIAS

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

✓ POSOLOGIA: \_\_\_\_\_ MG / DOSE ADMINISTRAÇÃO: ☐ EV ☐ IM ☐ VO DURAÇÃO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_ DIAS

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

✓ POSOLOGIA: \_\_\_\_\_ MG / DOSE ADMINISTRAÇÃO: ☐ EV ☐ IM ☐ VO DURAÇÃO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_ DIAS

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

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

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

## FATORES DE RISCO:

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

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

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

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



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR( CCIH)



**FUNÇÃO RENAL:** ☐ NORMAL ☐ ALTERADA (INSUFICIÊNCIA RENAL Cr: \_\_\_\_mg/dl) ☐ DESCONHECIDA  
**FUNÇÃO HEPÁTICA:** ☐ NORMAL ☐ ALTERADA (INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA) ☐ DESCONHECIDA

**CULTURA SOLICITADA:** ☐ SIM ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) ☐ NÃO

MATERIAL COLETADO PARA CULTURA E / OU BACTERIOSCOPIA:

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

RESULTADO DA CULTURA: ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVA ☐ EM ANDAMENTO ☐ PARCIAL

AGENTE ISOLADO (BACTÉRIA, FUNGO, PROTOZOÁRIO, ETC): \_\_\_\_\_

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

|                                         |                                       |                                                  |                                       |                                                       |                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amicacina      | <input type="checkbox"/> Ampicilina   | <input type="checkbox"/> Ampicilina-Sulbactam    | <input type="checkbox"/> Azitromicina | <input type="checkbox"/> Benzilpenicilina Benzatina   | <input type="checkbox"/> Cefalexina     |
| <input type="checkbox"/> Cefalotina     | <input type="checkbox"/> Cefazolina   | <input type="checkbox"/> Cefepime                | <input type="checkbox"/> Cefotaxima   | <input type="checkbox"/> Ceftriaxona                  | <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina |
| <input type="checkbox"/> Claritromicina | <input type="checkbox"/> Clindamicina | <input type="checkbox"/> Gentamicina             | <input type="checkbox"/> Imipenem     | <input type="checkbox"/> Levofloxacina                | <input type="checkbox"/> Meropenem      |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol   | <input type="checkbox"/> Oxacilina    | <input type="checkbox"/> Piperacilina Tazobactam | <input type="checkbox"/> Polimixina B | <input type="checkbox"/> Sulfametaxazol-Trimetroprima | <input type="checkbox"/> Vancomicina    |

ANTIMICROBIANOS JÁ UTILIZADOS NESTA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

|       |                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |
| _____ | USADO DO DIA ____ / ____ / ____ ATÉ O DIA ____ / ____ / ____ ( ____ Nº DOSES) |

VIANA/MA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

**PARECER DA FARMÁCIA HOSPITALAR**

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO \_\_\_\_\_

VIANA/MA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FARMACÊUTICO (ASSINATURA E CARIMBO)

**PARECER DA CCIH**

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO \_\_\_\_\_

VIANA/MA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
INFECTOLOGISTA (ASSINATURA E CARIMBO)



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR( CCIH)



## USO EXCLUSIVO DA FARMÁCIA:

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ kg

RESPONSÁVEL PELA SEPARAÇÃO DO ANTIBIOTICO DE ACORDO COM O TRATAMENTO:

| DIA           | 0 | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | 12º | 13º | 14º | 15º | 16º | 17º | 18º | 19º | 20º | 21º |
|---------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| FARMACÊUTICO  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DATA          |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| POSOLOGIA     |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| LOTE          |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| QUANTIDADE    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ASSOCIAÇÕES   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ANTIBIOTICO 1 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

### PARECER DA CCIH

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

VIANA/MA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
INFECTOLOGISTA (ASSINATURA E CARIMBO)

**FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL**

**POSTO A (ORTOPEDIA E PÓS CIRÚRGICOS) - POSTO B (CLÍNICA MÉDICA) - UCI**

**IDENTIFICAÇÃO**

|                                                            |                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Nome:                                                      | Leito:                |
| Nome Social:                                               | Data de admissão:     |
| Data de nascimento:     /     /     Idade:                 | Sexo: ( ) M     ( ) F |
| Etnia: ( ) Preto ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Índio ( ) Outro: |                       |

DIAGNÓSTICO:

**ANAMNESE**

|                                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| DOENÇA DE BASE/COMORBIDADES:<br>( ) HAS ( ) DM<br>( ) OUTROS: _____                                 | AVERSÕES/INTOLERÂNCIAS/ALERGIAS:                                                    |
| FUNÇÃO INTESTINAL:<br>( ) obstipação ( ) diarreia ( ) normal                                        | DIURESE:<br>( ) normal ( ) poliúria ( ) disúria<br>( ) anúria ( ) hematúria ( ) SVD |
| INGESTA ALIMENTAR:<br>Via: ( ) oral ( ) enteral exclusiva<br>Consumo: ( ) adequado ( ) insuficiente | CONSUMO DE ÁGUA:<br>( ) adequado ( ) insuficiente                                   |

**SINAIS E SINTOMAS**

|                         |                 |                                 |
|-------------------------|-----------------|---------------------------------|
| ( ) disfagia            | ( ) febre       | ( ) náuseas/vômitos             |
| ( ) dor ao engolir      | ( ) anorexia    | ( ) xerostomia (secura na boca) |
| ( ) pirose              | ( ) flatulência | ( ) disosmia (olfato)           |
| ( ) disgeusia (paladar) | ( ) mucosite    | ( ) cansaço/falta de ar         |
| OUTRO: _____            |                 |                                 |

**ANTROPOMETRIA**

|                                            |                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ( ) PACIENTE AMBULANDO                     | ( ) PACIENTE ACAMADO                              |
| CB: _____ CP: _____ Peso usual: _____      | CB: _____ CP: _____ Alt. Joelho: _____            |
| Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ | Peso Est.: _____ Alt. Est.: _____ IMC Est.: _____ |
| Estado Nutricional:                        |                                                   |

**EXAME FÍSICO**

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

**EXAMES BIOQUÍMICOS**

| Exame Alterado | Data | Resultado |
|----------------|------|-----------|
|                |      |           |
|                |      |           |
|                |      |           |
|                |      |           |
|                |      |           |

**DATA**

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





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

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

|                                         |                                                                                    |                               |                                                                                                          |                                                                                    |                                                                                                                                   |         |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| DATA:<br>_/_/___                        | FALA                                                                               | RESPIRAÇÃO                    | TIPO DE DIETA                                                                                            | ASPECTOS<br>ESTRUTURAIS                                                            | MOBILIDADE<br>HIOLARÍNGEA                                                                                                         | CONDUTA |
| HORARIO:<br>_____                       | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSENTE<br>( ) DISFONIA<br>( ) ART. IMPRECISA<br>( ) DISARTRIA | ( ) VE<br>( ) O2<br>( ) VNI   | ( ) LIVRE<br>( ) BRANDA<br>( ) PASTOSA<br>( ) LIQ.<br>PASTOSA<br>( ) LIQUIDA<br>( ) VIA<br>ALTERNATIVA   | LINGUA<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSCULTA LIMPA<br>( ) AUSCULTA<br>RUIDOSA<br>( ) AUSENTE<br>( ) RIGIDEZ                                       |         |
| ESTADO DO<br>PACIENTE                   | COMPREENSÃO                                                                        | HIGIENIZAÇÃO                  |                                                                                                          | LÁBIOS<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | CONDUTA ESCALA FOIS<br>1<br>( ) NIVEL 1<br>( ) NIVEL 2<br>( ) NIVEL 3<br>( ) NIVEL 4<br>( ) NIVEL 5<br>( ) NIVEL 6<br>( ) NIVEL 7 |         |
| ( ) ALERTA<br>( ) SONOLENTO<br>( ) COMA | ( ) PRESENTE<br>( ) AUSENTE<br>( ) CONFUSO<br>( ) DA                               | ( ) BEG<br>( ) REG<br>( ) PEG | DEGLUTIÇÃO<br>( ) FUNCIONAL<br>(NORMAL)<br>( ) DISFAGIA<br>GRAU<br>I( ) II( ) III( )<br>IV( ) V( ) VI( ) | PALATO MOLE<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE |                                                                                                                                   |         |
| DATA:<br>_/_/___                        | FALA                                                                               | RESPIRAÇÃO                    | TIPO DE DIETA                                                                                            | ASPECTOS<br>ESTRUTURAIS                                                            | MOBILIDADE<br>HIOLARÍNGEA                                                                                                         | CONDUTA |
| HORARIO:<br>_____                       | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSENTE<br>( ) DISFONIA<br>( ) ART. IMPRECISA<br>( ) DISARTRIA | ( ) VE<br>( ) O2<br>( ) VNI   | ( ) LIVRE<br>( ) BRANDA<br>( ) PASTOSA<br>( ) LIQ.<br>PASTOSA<br>( ) LIQUIDA<br>( ) VIA<br>ALTERNATIVA   | LINGUA<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSCULTA LIMPA<br>( ) AUSCULTA<br>RUIDOSA<br>( ) AUSENTE<br>( ) RIGIDEZ                                       |         |
| ESTADO DO<br>PACIENTE                   | COMPREENSÃO                                                                        | HIGIENIZAÇÃO                  |                                                                                                          | LÁBIOS<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | CONDUTA ESCALA FOIS<br>1<br>( ) NIVEL 1<br>( ) NIVEL 2<br>( ) NIVEL 3<br>( ) NIVEL 4<br>( ) NIVEL 5<br>( ) NIVEL 6<br>( ) NIVEL 7 |         |
| ( ) ALERTA<br>( ) SONOLENTO<br>( ) COMA | ( ) PRESENTE<br>( ) AUSENTE<br>( ) CONFUSO<br>( ) DA                               | ( ) BEG<br>( ) REG<br>( ) PEG | DEGLUTIÇÃO<br>( ) FUNCIONAL<br>(NORMAL)<br>( ) DISFAGIA<br>GRAU<br>I( ) II( ) III( )<br>IV( ) V( ) VI( ) | PALATO MOLE<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE |                                                                                                                                   |         |
| DATA:<br>_/_/___                        | FALA                                                                               | RESPIRAÇÃO                    | TIPO DE DIETA                                                                                            | ASPECTOS<br>ESTRUTURAIS                                                            | MOBILIDADE<br>HIOLARÍNGEA                                                                                                         | CONDUTA |
| HORARIO:<br>_____                       | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSENTE<br>( ) DISFONIA<br>( ) ART. IMPRECISA<br>( ) DISARTRIA | ( ) VE<br>( ) O2<br>( ) VNI   | ( ) LIVRE<br>( ) BRANDA<br>( ) PASTOSA<br>( ) LIQ.<br>PASTOSA<br>( ) LIQUIDA<br>( ) VIA<br>ALTERNATIVA   | LINGUA<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | ( ) ADEQUADA<br>( ) AUSCULTA LIMPA<br>( ) AUSCULTA<br>RUIDOSA<br>( ) AUSENTE<br>( ) RIGIDEZ                                       |         |
| ESTADO DO<br>PACIENTE                   | COMPREENSÃO                                                                        | HIGIENIZAÇÃO                  |                                                                                                          | LÁBIOS<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE      | CONDUTA ESCALA FOIS<br>1<br>( ) NIVEL 1<br>( ) NIVEL 2<br>( ) NIVEL 3<br>( ) NIVEL 4<br>( ) NIVEL 5<br>( ) NIVEL 6<br>( ) NIVEL 7 |         |
| ( ) ALERTA<br>( ) SONOLENTO<br>( ) COMA | ( ) PRESENTE<br>( ) AUSENTE<br>( ) CONFUSO<br>( ) DA                               | ( ) BEG<br>( ) REG<br>( ) PEG | DEGLUTIÇÃO<br>( ) FUNCIONAL<br>(NORMAL)<br>( ) DISFAGIA<br>GRAU<br>I( ) II( ) III( )<br>IV( ) V( ) VI( ) | PALATO MOLE<br>( ) FORÇA<br>( ) MOBILIDADE<br>( ) COORDENAÇÃO<br>( ) SENSIBILIDADE |                                                                                                                                   |         |

## EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

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

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATA:</b> __/__/__<br><br><b>Hora:</b>                                | <b>ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS</b><br><br><input type="checkbox"/> Comunicativo<br><input type="checkbox"/> Não Responsivo<br><input type="checkbox"/> Orientado<br><input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Calmo<br><input type="checkbox"/> Irritado<br><input type="checkbox"/> Agitado<br><input type="checkbox"/> Triste<br><input type="checkbox"/> Alegre<br><input type="checkbox"/> Mal Humor<br><input type="checkbox"/> Choro<br><input type="checkbox"/> Sono Normal<br><input type="checkbox"/> Insônia | <b>RECEBENDO SUPORTE FAMILIAR</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br><b>Grau de parentesco:</b><br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> filho <input type="checkbox"/> filha<br>outro: _____             | <b>PROBLEMAS RELACIONADOS NA ÚLTIMA EVOLUÇÃO FORAM SOLUCIONADOS:</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em andamento |
|                                                                          | <b>HIGIENIZADO</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>RECEBEU ORIENTAÇÕES E SUPORTE SOBRE:</b><br><input type="checkbox"/> Demanda intra Hospitalar: Nutri, Enf., Psi, Fono, Fisio, Adm.<br>outro: _____<br><input type="checkbox"/> Demanda extra hospitalar: Caps, Cras, Creas, Previdência/Benefícios Assistenciais<br>Outro: _____ | <b>NOVOS PROBLEMAS FORAM IDENTIFICADOS:</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Descreva: _____                                             |
| <b>ENCAMINHAMENTO AO/A:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |

**INTERCORRÊNCIAS / OBSERVAÇÕES:**

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATA:</b> __/__/__<br><br><b>Hora:</b>                                | <b>ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS</b><br><br><input type="checkbox"/> Comunicativo<br><input type="checkbox"/> Não Responsivo<br><input type="checkbox"/> Orientado<br><input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Calmo<br><input type="checkbox"/> Irritado<br><input type="checkbox"/> Agitado<br><input type="checkbox"/> Triste<br><input type="checkbox"/> Alegre<br><input type="checkbox"/> Mal Humor<br><input type="checkbox"/> Choro<br><input type="checkbox"/> Sono Normal<br><input type="checkbox"/> Insônia | <b>RECEBENDO SUPORTE FAMILIAR</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br><b>Grau de parentesco:</b><br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> filho <input type="checkbox"/> filha<br>outro: _____             | <b>PROBLEMAS RELACIONADOS NA ÚLTIMA EVOLUÇÃO FORAM SOLUCIONADOS:</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em andamento |
|                                                                          | <b>HIGIENIZADO</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>RECEBEU ORIENTAÇÕES E SUPORTE SOBRE:</b><br><input type="checkbox"/> Demanda intra Hospitalar: Nutri, Enf., Psi, Fono, Fisio, Adm.<br>outro: _____<br><input type="checkbox"/> Demanda extra Hospitalar: Caps, Cras, Creas, Previdência/Benefícios Assistenciais<br>Outro: _____ | <b>NOVOS PROBLEMAS FORAM IDENTIFICADOS:</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Descreva: _____                                             |
| <b>ENCAMINHAMENTO AO/A:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |

**INTERCORRÊNCIAS / OBSERVAÇÕES:**

**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



PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Nº PRONT: \_\_\_\_\_  
SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

| ITEM  | PRESCRIÇÃO MÉDICA  |       |                         |       |                     | QUANT. | HORÁRIO          |       | SINAIS VITAIS    |            |             |       |             |       |             |     |       |
|-------|--------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------|--------|------------------|-------|------------------|------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-----|-------|
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       | HORA             | T.         | P.          | PA.   | DX.         | BCF.  | PESO        |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       | CONTROLE HÍDRICO |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       | HORAS            | ELIMINADOS |             |       |             |       | INFUNDIDOS  |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  | DIUR       | SNG.        | VÔM   | DRE.        | EVAC. | VO.         | EV. | SNG.. |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       |                  |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       |                    |       |                         |       |                     |        |                  |       | TOTAL            |            |             |       |             |       |             |     |       |
| QUANT | DESCARTÁVEL        | QUANT | DESCARTÁVEL             | QUANT | DESCARTÁVEL         | QUANT  | DESCARTÁVEL      | QUANT | DESCARTÁVEL      | QUANT      | DESCARTÁVEL | QUANT | DESCARTÁVEL | QUANT | DESCARTÁVEL |     |       |
|       | Ag. Descart.30x7   |       | Cateter Inf. V..(Jelco) |       | Seringa Descart 3ml |        | Seringa Dsc.20ml |       | Scalp nº23       |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       | Ag. Descart.25x7   |       | Equipo                  |       | Seringa Descart 5ml |        | Scalp nº 19      |       | Scalp nº 25      |            |             |       |             |       |             |     |       |
|       | Ag. Descart.13x4.5 |       | Seringa Descart 1ml     |       | Ag. Descart. 10ml   |        | Scalp nº 21      |       | Scalp nº 27      |            |             |       |             |       |             |     |       |

[illegible]

## PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Número: \_\_\_\_\_

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

Endereço Município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Data Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Encaminhado da Área \_\_\_\_\_ G. Alvo: \_\_\_\_\_

|                                                  |                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Mesma Unidade         | 1.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 1.2 <input type="checkbox"/> Outro Clínico do mesmo Hospital |
| 2 <input type="checkbox"/> Outra Unidade         | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input type="checkbox"/> Hospitalar                      |
| 3 <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado  | 3.2 <input type="checkbox"/> Outro                           |

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Peso Kg: \_\_\_\_\_ Altura em: \_\_\_\_\_ Estado nutricional: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Instituição Previdenciária ☐ Segurado ☐ Dependente ☐ Outros

Filiação Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Vínculo de Parentesco: \_\_\_\_\_

Denominação e Endereço do Trabalho: \_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos Familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre doença atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico de Admissão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Data de Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico que o Paciente: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**  
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA

**RECEITUÁRIO**



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**  
ROD MA 014, S/N – SANTA EULALIA

**RECEITUÁRIO**

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA  
(98) 3351-0777 / 3351-1938  
CEP: 65.215-000

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

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

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

ASSINATURA E CARIMBO

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

|          |       |                |       |
|----------|-------|----------------|-------|
| NOME:    | _____ |                |       |
| IDENT.:  | _____ | ÓRGÃO EMISSOR: | _____ |
| END.:    | _____ |                |       |
| CIDADE   | _____ | UF             | _____ |
| TELEFONE | _____ |                |       |

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

|                            |  |                      |
|----------------------------|--|----------------------|
| Assinatura do farmacêutico |  | DATA: ____/____/____ |
|----------------------------|--|----------------------|

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA  
(98) 3351-0777 / 3351-1938  
CEP: 65.215-000

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

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

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

ASSINATURA E CARIMBO

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

|          |       |                |       |
|----------|-------|----------------|-------|
| NOME:    | _____ |                |       |
| IDENT.:  | _____ | ÓRGÃO EMISSOR: | _____ |
| END.:    | _____ |                |       |
| CIDADE   | _____ | UF             | _____ |
| TELEFONE | _____ |                |       |

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

|                            |  |                      |
|----------------------------|--|----------------------|
| Assinatura do farmacêutico |  | DATA: ____/____/____ |
|----------------------------|--|----------------------|



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA  
(98) 3351-0777 / 3351-1938

## RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: \_\_\_\_\_

|                                   |                                                                        |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE                          | _____                                                                  |
| MEDICAMENTOS                      |                                                                        |
| DATA: ____ / ____ / ____          |                                                                        |
|                                   | Entregue por: _____<br>Recebido por: _____<br>DATA: ____ / ____ / ____ |
| ASSINATURA E CARIMBO DO<br>MÉDICO | EXCLUSIVO DA FARMÁCIA                                                  |



GOVERNO DO  
**MARANHÃO**

**ESTADO DO MARANHÃO**  
Secretaria de Estado da Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA  
(98) 3351-0777 / 3351-1938

## RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: \_\_\_\_\_

|                                   |                                                                        |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE                          | _____                                                                  |
| MEDICAMENTOS                      |                                                                        |
| DATA: ____ / ____ / ____          |                                                                        |
|                                   | Entregue por: _____<br>Recebido por: _____<br>DATA: ____ / ____ / ____ |
| ASSINATURA E CARIMBO DO<br>MÉDICO | EXCLUSIVO DA FARMÁCIA                                                  |



(Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento, etc)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TURNO: SD ( ) SN ( )

**EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

ESCRITUÁRIO: \_\_\_\_\_  
ESCRITÓRIOS: \_\_\_\_\_ (M)

MAQUEIROS: \_\_\_\_\_ (T)  
\_\_\_\_\_ (SD)  
\_\_\_\_\_ (SN)

Início o plantão com \_\_\_\_\_ pacientes internados.

- CURATIVOS: \_\_\_\_\_
- AVP TROCADOS: \_\_\_\_\_
- AVP RETIRADOS: \_\_\_\_\_
- CVC RETIRADOS: \_\_\_\_\_
- BANHOS NO LEITO: \_\_\_\_\_
- EVOLUIDOS: \_\_\_\_\_

**CENSO DIÁRIO**

**ALTA (NOME DO PLANTÃO, MOTIVO, MÉDICO):**

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

**TOTAL:**

**ADMISSÃO (NOME DO PACIENTE, PROCEDÊNCIA, DIAGNÓSTICO):**

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

**TOTAL:**

**TRANSFERÊNCIA EXTERNA (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):**

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

**TOTAL:**

**TRANSFERÊNCIA INTERNA (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):**

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

**TOTAL:**

**ÓBITO (NOME DO PACIENTE, HORA):**

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

**TOTAL:**

| ❖ INDICADORES                                               | QUANTITATIVOS |
|-------------------------------------------------------------|---------------|
| Acesso venoso centra (CVC)                                  |               |
| Acesso venoso periférico (AVP)                              |               |
| Cistostomia                                                 |               |
| Colostomia / Ileostomia                                     |               |
| Drenos                                                      |               |
| Eletrocardiograma – ECG                                     |               |
| Fistura arteriovenosa para hemodiálise                      |               |
| Intubação                                                   |               |
| Portocath                                                   |               |
| Precaução de contato – após resultado finalizado de cultura |               |
| Shilley                                                     |               |
| Sonda Nasoenteral (SNE)                                     |               |
| Sonda Nasogástrica (SNG)                                    |               |
| Sonda pós pilórica                                          |               |
| Sonda Vesical de Demora (SVA)                               |               |
| Sonda Vesical de Demora (SVD)                               |               |
| Thenckhoff                                                  |               |
| Traqueostomia (TQT)                                         |               |
| Outros                                                      |               |

| ❖ EVENTOS ADVERSOS                                             | QUANTITATIVOS |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| Perda de SNL                                                   |               |
| Perda de SNG                                                   |               |
| Perda de SND                                                   |               |
| Perda de CVC                                                   |               |
| Perda de AVP                                                   |               |
| Queda                                                          |               |
| Lesão por pressão – caso novo (LEITO, NOME DO PACIENTE, LOCAL) |               |
| Extubação acidental (UCI)                                      |               |
| Prescrição Errada                                              |               |
| Não conformidade a administração de medicamentos               |               |

| ❖ FLEBITE (LEITO / NOME DO PACIENTE / LOCAL) |  |
|----------------------------------------------|--|
|                                              |  |
|                                              |  |
|                                              |  |
|                                              |  |

| ❖ MEDICAÇÃO EM FALTA / RODADA: |  |
|--------------------------------|--|
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |

| ➤ NÚMERO DOS LACRES: |  |
|----------------------|--|
|                      |  |
|                      |  |

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS: |            |
|---------------------------|------------|
| DESCRIÇÃO                 | QUANTIDADE |
| ECOCARDIOGRAMA            |            |
| ELETROCARDIOGRAMA – ECG   |            |
| EXAMES LABORATORIAIS      |            |
| RADIOGRAFIAS              |            |
| ULTRASSONOGRAFIA          |            |
| OUTROS                    |            |

## INTERCORRÊNCIAS E PENDÊNCIAS

[illegible][illegible]

ENCERRO COM \_\_\_\_\_ PACIENTES

**CARIMBO E ASSINATURA OU NOME COMPLETO**

| REQUISICÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO                 |       |        | Prontuário:     |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|-----------------|
| Nome:                                               |       |        |                 |
| Idade:                                              | Sexo: | Leito: | Dados Clínicos: |
| BIOQUÍMICA                                          |       |        |                 |
| ACIDO ÚRICO                                         |       |        |                 |
| ALBUMINA                                            |       |        |                 |
| BILIRUBINA                                          |       |        |                 |
| COLESTEROL HDL                                      |       |        |                 |
| COLESTEROL LDL                                      |       |        |                 |
| COLESTEROL TOTAL                                    |       |        |                 |
| CREATININA                                          |       |        |                 |
| GLICOSE JEJUM                                       |       |        |                 |
| GLICOSE PÓS-PRANDIAL                                |       |        |                 |
| HB. GLICOLISADA                                     |       |        |                 |
| LIPIDOGRAMA                                         |       |        |                 |
| PROTEÍNAS TOTAIS                                    |       |        |                 |
| PROTEINOGAMA                                        |       |        |                 |
| TRIGLICÉRIDEOS                                      |       |        |                 |
| URÉIA                                               |       |        |                 |
| URINA                                               |       |        |                 |
| CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA                             |       |        |                 |
| TIG                                                 |       |        |                 |
| TIPO I                                              |       |        |                 |
| FEZES                                               |       |        |                 |
| CULTURA                                             |       |        |                 |
| PARASITOLÓGICO                                      |       |        |                 |
| ROTAVIRUS                                           |       |        |                 |
| SANGUE OCULTO                                       |       |        |                 |
| PESQ. DE SUBSTRUDTORAS                              |       |        |                 |
| PROVAS REUMÁTICAS                                   |       |        |                 |
| ANTIESPREPTOLISINA                                  |       |        |                 |
| FATOR REUMATOIDE                                    |       |        |                 |
| MUCOPROTEINA                                        |       |        |                 |
| PROTEÍNA C/ REATIVA                                 |       |        |                 |
| TESTE DO LÁTEX                                      |       |        |                 |
| WALEER ROSA                                         |       |        |                 |
| ELETROLITOS                                         |       |        |                 |
| CALCIO                                              |       |        |                 |
| CLORETO                                             |       |        |                 |
| FERRO SÉRICO                                        |       |        |                 |
| FÓSFORO                                             |       |        |                 |
| MAGNÉSIO                                            |       |        |                 |
| POTÁSSIO                                            |       |        |                 |
| SÓDIO                                               |       |        |                 |
| PROVAS FUNCIONAIS                                   |       |        |                 |
| CALCIÚRIA                                           |       |        |                 |
| CURVA GLIC. CLÁSSICA                                |       |        |                 |
| DEPURAÇÃO CREATININA                                |       |        |                 |
| FOSFATÚRIA                                          |       |        |                 |
| PROTEINÚRIA                                         |       |        |                 |
| PROVA DE SOBRECARGA GLIC.                           |       |        |                 |
| URICOSÚRIA                                          |       |        |                 |
| LÍQUOR                                              |       |        |                 |
| CITOLOGIA GLOBAL E ESPECIF.                         |       |        |                 |
| DHL                                                 |       |        |                 |
| GLICOSE CLORETOS PROT.                              |       |        |                 |
| IMUNOLOGIA                                          |       |        |                 |
| ANTI HCV                                            |       |        |                 |
| ANTI-HBC Igm                                        |       |        |                 |
| ANTI-HBCT                                           |       |        |                 |
| ANTI-HIV                                            |       |        |                 |
| CITOMEGALOVIRUS Igg                                 |       |        |                 |
| CITOMEGALOVIRUS Igm                                 |       |        |                 |
| HBE Ag                                              |       |        |                 |
| HBSag                                               |       |        |                 |
| HVA Igg                                             |       |        |                 |
| HVA Igm                                             |       |        |                 |
| MONONUCLEOSE                                        |       |        |                 |
| REACÇÃO DE WIDAL                                    |       |        |                 |
| RUBÉOLA Igg                                         |       |        |                 |
| RUBÉOLA Igm                                         |       |        |                 |
| SOROLOGIA - VDRL                                    |       |        |                 |
| TOXOPLASMOSE Igg                                    |       |        |                 |
| TOXOPLASMOSE Igm                                    |       |        |                 |
| AMILASE                                             |       |        |                 |
| OK-MB                                               |       |        |                 |
| CPK                                                 |       |        |                 |
| DHL                                                 |       |        |                 |
| FOSFATASE ÁCIDA                                     |       |        |                 |
| FOSFATASE ALCALINA                                  |       |        |                 |
| GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE                           |       |        |                 |
| LIPASE                                              |       |        |                 |
| TGO                                                 |       |        |                 |
| TGP                                                 |       |        |                 |
| TRANSFERIRINA                                       |       |        |                 |
| HORMÔNIOS                                           |       |        |                 |
| ANTIMICROSSOMAL                                     |       |        |                 |
| ANTITIROGLOBULINA                                   |       |        |                 |
| BETA-HOG                                            |       |        |                 |
| C3 E C4                                             |       |        |                 |
| CEA                                                 |       |        |                 |
| CORTISOL                                            |       |        |                 |
| ESTRADIOL                                           |       |        |                 |
| FERRITINA                                           |       |        |                 |
| FSH                                                 |       |        |                 |
| GH                                                  |       |        |                 |
| HAEP                                                |       |        |                 |
| HCG                                                 |       |        |                 |
| HORMÔNIO DO CRESCIMENTO                             |       |        |                 |
| LH                                                  |       |        |                 |
| PROGESTERONA                                        |       |        |                 |
| PROLACTINA                                          |       |        |                 |
| PSA                                                 |       |        |                 |
| T3                                                  |       |        |                 |
| T3LVRE                                              |       |        |                 |
| T4                                                  |       |        |                 |
| T4 LIVRE                                            |       |        |                 |
| TESTORERONA                                         |       |        |                 |
| TIROGLOBULINA                                       |       |        |                 |
| TSH                                                 |       |        |                 |
| WMA                                                 |       |        |                 |
| COAGULAÇÃO                                          |       |        |                 |
| COAGULOGRAMA                                        |       |        |                 |
| TG. + TC.                                           |       |        |                 |
| TIPAGEM SANGÜÍNEA                                   |       |        |                 |
| T. PROTROMBINA                                      |       |        |                 |
| TTPA                                                |       |        |                 |
| FIBRINOGENIO                                        |       |        |                 |
| HEMATOLOGIA                                         |       |        |                 |
| CÉLULAS LE                                          |       |        |                 |
| FALCIZAÇÃO                                          |       |        |                 |
| HEMOGRAMA                                           |       |        |                 |
| HEMOSEDIMENTAÇÃO                                    |       |        |                 |
| MIELOGRAMA                                          |       |        |                 |
| RETICULÓCITOS                                       |       |        |                 |
| OUTROS                                              |       |        |                 |
| COOMBS DIRETO                                       |       |        |                 |
| COOMBS INDIRETO                                     |       |        |                 |
| D.U.                                                |       |        |                 |
| Data:                                               |       |        |                 |
| Solicitante: (assinatura e carimbo)                 |       |        |                 |
| O ATENDIMENTO NESTE HOSPITAL É UNIVERSAL E GRATUITO |       |        |                 |

| REQUISICÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO                 |       |        | Prontuário:     |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|-----------------|
| Nome:                                               |       |        |                 |
| Idade:                                              | Sexo: | Leito: | Dados Clínicos: |
| BIOQUÍMICA                                          |       |        |                 |
| ACIDO ÚRICO                                         |       |        |                 |
| ALBUMINA                                            |       |        |                 |
| BILIRUBINA                                          |       |        |                 |
| COLESTEROL HDL                                      |       |        |                 |
| COLESTEROL LDL                                      |       |        |                 |
| COLESTEROL TOTAL                                    |       |        |                 |
| CREATININA                                          |       |        |                 |
| GLICOSE JEJUM                                       |       |        |                 |
| GLICOSE PÓS-PRANDIAL                                |       |        |                 |
| HB. GLICOLISADA                                     |       |        |                 |
| LIPIDOGRAMA                                         |       |        |                 |
| PROTEÍNAS TOTAIS                                    |       |        |                 |
| PROTEINOGAMA                                        |       |        |                 |
| TRIGLICÉRIDEOS                                      |       |        |                 |
| URÉIA                                               |       |        |                 |
| URINA                                               |       |        |                 |
| CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA                             |       |        |                 |
| TIG                                                 |       |        |                 |
| TIPO I                                              |       |        |                 |
| FEZES                                               |       |        |                 |
| CULTURA                                             |       |        |                 |
| PARASITOLÓGICO                                      |       |        |                 |
| ROTAVIRUS                                           |       |        |                 |
| SANGUE OCULTO                                       |       |        |                 |
| PESQ. DE SUBSTRUDTORAS                              |       |        |                 |
| PROVAS REUMÁTICAS                                   |       |        |                 |
| ANTIESPREPTOLISINA                                  |       |        |                 |
| FATOR REUMATOIDE                                    |       |        |                 |
| MUCOPROTEINA                                        |       |        |                 |
| PROTEÍNA C/ REATIVA                                 |       |        |                 |
| TESTE DO LÁTEX                                      |       |        |                 |
| WALEER ROSA                                         |       |        |                 |
| ELETROLITOS                                         |       |        |                 |
| CALCIO                                              |       |        |                 |
| CLORETO                                             |       |        |                 |
| FERRO SÉRICO                                        |       |        |                 |
| FÓSFORO                                             |       |        |                 |
| MAGNÉSIO                                            |       |        |                 |
| POTÁSSIO                                            |       |        |                 |
| SÓDIO                                               |       |        |                 |
| PROVAS FUNCIONAIS                                   |       |        |                 |
| CALCIÚRIA                                           |       |        |                 |
| CURVA GLIC. CLÁSSICA                                |       |        |                 |
| DEPURAÇÃO CREATININA                                |       |        |                 |
| FOSFATÚRIA                                          |       |        |                 |
| PROTEINÚRIA                                         |       |        |                 |
| PROVA DE SOBRECARGA GLIC.                           |       |        |                 |
| URICOSÚRIA                                          |       |        |                 |
| LÍQUOR                                              |       |        |                 |
| CITOLOGIA GLOBAL E ESPECIF.                         |       |        |                 |
| DHL                                                 |       |        |                 |
| GLICOSE CLORETOS PROT.                              |       |        |                 |
| IMUNOLOGIA                                          |       |        |                 |
| ANTI HCV                                            |       |        |                 |
| ANTI-HBC Igm                                        |       |        |                 |
| ANTI-HBCT                                           |       |        |                 |
| ANTI-HIV                                            |       |        |                 |
| CITOMEGALOVIRUS Igg                                 |       |        |                 |
| CITOMEGALOVIRUS Igm                                 |       |        |                 |
| HBE Ag                                              |       |        |                 |
| HBSag                                               |       |        |                 |
| HVA Igg                                             |       |        |                 |
| HVA Igm                                             |       |        |                 |
| MONONUCLEOSE                                        |       |        |                 |
| REACÇÃO DE WIDAL                                    |       |        |                 |
| RUBÉOLA Igg                                         |       |        |                 |
| RUBÉOLA Igm                                         |       |        |                 |
| SOROLOGIA - VDRL                                    |       |        |                 |
| TOXOPLASMOSE Igg                                    |       |        |                 |
| TOXOPLASMOSE Igm                                    |       |        |                 |
| AMILASE                                             |       |        |                 |
| OK-MB                                               |       |        |                 |
| CPK                                                 |       |        |                 |
| DHL                                                 |       |        |                 |
| FOSFATASE ÁCIDA                                     |       |        |                 |
| FOSFATASE ALCALINA                                  |       |        |                 |
| GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE                           |       |        |                 |
| LIPASE                                              |       |        |                 |
| TGO                                                 |       |        |                 |
| TGP                                                 |       |        |                 |
| TRANSFERIRINA                                       |       |        |                 |
| HORMÔNIOS                                           |       |        |                 |
| ANTIMICROSSOMAL                                     |       |        |                 |
| ANTITIROGLOBULINA                                   |       |        |                 |
| BETA-HOG                                            |       |        |                 |
| C3 E C4                                             |       |        |                 |
| CEA                                                 |       |        |                 |
| CORTISOL                                            |       |        |                 |
| ESTRADIOL                                           |       |        |                 |
| FERRITINA                                           |       |        |                 |
| FSH                                                 |       |        |                 |
| GH                                                  |       |        |                 |
| HAEP                                                |       |        |                 |
| HCG                                                 |       |        |                 |
| HORMÔNIO DO CRESCIMENTO                             |       |        |                 |
| LH                                                  |       |        |                 |
| PROGESTERONA                                        |       |        |                 |
| PROLACTINA                                          |       |        |                 |
| PSA                                                 |       |        |                 |
| T3                                                  |       |        |                 |
| T3LVRE                                              |       |        |                 |
| T4                                                  |       |        |                 |
| T4 LIVRE                                            |       |        |                 |
| TESTORERONA                                         |       |        |                 |
| TIROGLOBULINA                                       |       |        |                 |
| TSH                                                 |       |        |                 |
| WMA                                                 |       |        |                 |
| COAGULAÇÃO                                          |       |        |                 |
| COAGULOGRAMA                                        |       |        |                 |
| TG. + TC.                                           |       |        |                 |
| TIPAGEM SANGÜÍNEA                                   |       |        |                 |
| T. PROTROMBINA                                      |       |        |                 |
| TTPA                                                |       |        |                 |
| FIBRINOGENIO                                        |       |        |                 |
| HEMATOLOGIA                                         |       |        |                 |
| CÉLULAS LE                                          |       |        |                 |
| FALCIZAÇÃO                                          |       |        |                 |
| HEMOGRAMA                                           |       |        |                 |
| HEMOSEDIMENTAÇÃO                                    |       |        |                 |
| MIELOGRAMA                                          |       |        |                 |
| RETICULÓCITOS                                       |       |        |                 |
| OUTROS                                              |       |        |                 |
| COOMBS DIRETO                                       |       |        |                 |
| COOMBS INDIRETO                                     |       |        |                 |
| D.U.                                                |       |        |                 |
| Data:                                               |       |        |                 |
| Solicitante: (assinatura e carimbo)                 |       |        |                 |
| O ATENDIMENTO NESTE HOSPITAL É UNIVERSAL E GRATUITO |       |        |                 |



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                          |                    |                                       |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| PACIENTE: _____          | DN: ____/____/____ | PRONTUÁRIO: _____                     |
| PROCEDÊNCIA: _____       | LEITO: _____       | HORA DA ADMISSÃO NO CC: ____: ____ h. |
| GRUPO SANGUÍNEO: _____   | IDADE: _____       | ALTURA: _____ PESO: _____ IMC: _____  |
| CIRURGIA PROPOSTA: _____ | CIRURGIÃO: _____   |                                       |

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

|                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> CONFUSO |
| <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> EM MACA <input type="checkbox"/> PLEGIA _____                                                                |

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALERGIAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual?                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| COMORBIDADES:                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
|                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____                            |
|                                                                                                                                                                                                                                       | MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: _____                                                                         |
| CIRURGIA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual?                                                                                                                                                    |                                                                                                             |
| HÁBITOS DE VIDA: <input type="checkbox"/> NEGA <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> DROGAS ILÍCITAS ÚLTIMO USO EM: ____/____/____                                            |                                                                                                             |
| ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> DENTÁRIA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> LENTE CONTATO <input type="checkbox"/> MMSS OU MMII |                                                                                                             |

### CONFIRMAÇÕES NECESSÁRIAS

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IDENTIFICADO                           | RETIRADO ADORNOS, PRÓTESES E OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A |
| TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                   | INTEGRIDADE DE PELE E MUCOSAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                    |
| LATERALIDADE DEMARCADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> N/A | AValiação PRÉ-ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                         |
| HORÁRIO DE INÍCIO DE JEJUM ____: ____ h.                                                                                                            | AValiação CARDIOLÓGICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                           |

### EXAMES RECEBIDOS E RESERVA DE HEMOCOMPONENTES

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AValiação PRÉ-ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                     | EXAMES LABORATORIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> OUTROS          |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO, especificar: _____                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> OUTROS, especificar: _____                                                      |
| RESERVA DE HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, <input type="checkbox"/> CONC. HEMACÉAS <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> PLASMA |                                                                                                          |

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS (PREPARO)

|                                                                                                             |                           |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VENÓCLISE PÉRVIA <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO DE VENÓCLISE, nº jelco: _____ | LOCAL: _____              | HORÁRIO: ____: ____ h.                  |
| TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, instrumento: _____                    | LOCAL: _____              | HORÁRIO: ____: ____ h.                  |
| <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SSVV                                                                | FC: _____ bpm             | PA: ____/____ mmHg                      |
|                                                                                                             | FR: _____ irpm            | Tax: ____ °C                            |
| ANTIBIOTICOPROFILAXIA                                                                                       | MEDICAMENTO/DOSE: _____   | HORÁRIO: ____: ____ h. <b>DX: mg/dL</b> |
|                                                                                                             | MEDICAMENTO/REDOSE: _____ | HORÁRIO: ____: ____ h.                  |
|                                                                                                             | MEDICAMENTO/REDOSE: _____ | HORÁRIO: ____: ____ h.                  |

### RELATO DA ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO:



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA OPERATÓRIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                         |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| NOME: _____                                                                             | DN: ____/____/____ |
| CIRURGIA PROPOSTA: _____ MEMBRO/LADO A SER OPERADO: DIREITO [ ] ESQUERDO [ ]<br>N/A [ ] |                    |
| HORA DA ADMISSÃO EM S.O.: ____:____ H                                                   |                    |

### PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

|                                                                                         |                     |                                  |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------|
| [ ] VERIFICAÇÃO DOS SSVV ANTES DA ANESTESIA                                             | FC: bpm             | PA: ____/____ mmHG               | SpO <sub>2</sub> : ____ % |
|                                                                                         | FR: irpm            | TAX: ____ °C                     | DOR: (0-10): ____         |
| ANESTESISTA: _____                                                                      | INÍCIO: ____:____ H |                                  | LIBERAÇÃO SO: ____:____ H |
| [ ] GERAL [ ] BLOQ.PLEXO<br>[ ] RAQUI [ ] PERIDURAL CONTÍNUA<br>[ ] PERIDURAL [ ] LOCAL |                     | [ ] SEDAÇÃO<br>[ ] BLOQUEIO BIER |                           |

### PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

|                                 |                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------|
| CIRURGIA REALIZADA: _____       |                                         |
| CIRURGIA - INÍCIO: ____:____ h. | CIRURGIA - TÉRMINO: ____:____ H         |
| CIRURGIÃO: _____                | AUXILIAR: _____                         |
| ENFERMEIRO: _____               | INSTRUMENTADOR: _____ CIRCULANTE: _____ |

### POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

|                         |                            |                   |                        |
|-------------------------|----------------------------|-------------------|------------------------|
| [ ] D. LATERAL DIREITO  | [ ] PROCLIVE               | [ ] TRENDELEMBURG | [ ] SUPINA – D. DORSAL |
| [ ] D. LATERAL ESQUERDO | [ ] PRONA DECÚBITO VENTRAL | [ ] LITOTÔMICA    | [ ] OUTRAS _____       |

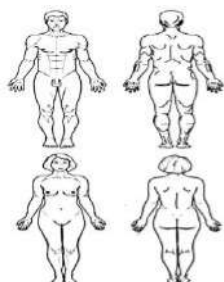
### PREPARO DA PELE [ ] SIM [ ] NÃO SE APLICA

|                                                    |                                                      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DEGERMAÇÃO: [ ] CLOREXIDINA ____ % [ ] PVPI ____ % | ANTISSEPISIA: CLOREX. AQUOSA ____ % [ ] OUTRO: _____ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

### EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [ ] ASPIRADOR<br>[ ] BISTURI ELÉTRICO: MONOPOLAR [ ] BIPOLAR [ ]<br>[ ] BOMBA DE INFUSÃO<br>[ ] BOTA PNEUMÁTICA<br>[ ] CAPNOGRÁFO<br>[ ] GARROTE PNEUMÁTICO/ FAIXA DE SMARCH<br>PRESSÃO: ____ mmHG DURAÇÃO: ____ min | [ ] COLCHÃO PNEUMÁTICO<br>[ ] COXINS<br>[ ] DESFIBRILADOR<br>[ ] DRILL<br>[ ] FOCO CIRÚRGICO | [ ] TORRE DE VIDEO<br>[ ] MONITOR MULTIPARAMÉTRICO<br>[ ] PERFURADOR/ SERRA<br>[ ] SCOPIA<br>[ ] ULTRASSOM |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

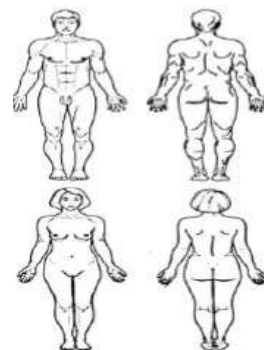
### MONITORIZAÇÃO (Utilizar marcação numérica no boneco).



- [ ] ELETRÓDOS
  - [ ] OXÍMETRO
  - [ ] MANGUITO DE PA
  - [ ] PLACA DE BISTURI [ ] N/A
  - [ ] PLACA DE DESFIBRILADOR
  - [ ] GARROTE PNEUMÁTICO/ SMARCH [ ] N/A
- INÍCIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_ H FIM: \_\_\_\_:\_\_\_\_ H

### DISPOSITIVOS INSTALADOS

- [ ] VENÓCLISE, Nº: \_\_\_\_
- [ ] CVC
- [ ] SVD, Nº: \_\_\_\_
- [ ] TOT, Nº: \_\_\_\_
- [ ] SNG, Nº: \_\_\_\_
- [ ] DRENO TORÁCICO
- [ ] DRENO EM F.O
- [ ] FAIXA DE CONTENÇÃO
- [ ] CATÉTER TIPO ÓCULOS





ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|             |           |
|-------------|-----------|
| NOME: _____ | DN: _____ |
|-------------|-----------|

### SINAIS VITAIS

| INCISÃO: ____:____ H | EXÉRESE: ____:____ H | SUTURA: ____:____ H  |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| FC: bpm              | FC: bpm              | FC: bpm              |
| PA: / mmHG           | PA: / mmHG           | PA: / mmHG           |
| SPO <sup>2</sup> : % | SPO <sup>2</sup> : % | SPO <sup>2</sup> : % |
| TAX: °C              | TAX: °C              | TAX: °C              |

### LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

|                                                            |                    |                      |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> SF 0,9%, qnt em ml:               | MEDICAMENTO: _____ | HORÁRIO: ____:____ H |
| <input type="checkbox"/> RINGER, qnt em ml:                | MEDICAMENTO: _____ | HORÁRIO: ____:____ H |
| <input type="checkbox"/> SORO GLICOSADO, qnt em ml:        | MEDICAMENTO: _____ | HORÁRIO: ____:____ H |
| <input type="checkbox"/> SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml: | MEDICAMENTO: _____ | HORÁRIO: ____:____ H |
| <input type="checkbox"/> SORO RINGER LACTATO               | MEDICAMENTO: _____ | HORÁRIO: ____:____ H |

### LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SALA OPERATÓRIA

|                                                             |                                                          |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DRENOS, qnt em ml e aspecto: _____ | <input type="checkbox"/> SNG, qnt em ml e aspecto: _____ |
| <input type="checkbox"/> SVD, qnt em ml e aspecto: _____    | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____                   |

### INFUSÃO DE HEMODERIVADOS

|                                                                                                               |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| CONC. DE HEMÁCIAS <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> | PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM |
| <input type="checkbox"/> CRIO <input type="checkbox"/>                                                        |                                        |
| <input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ml:                                                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml                                                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml:                                                                     |                                        |
| <input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml:                                                                     |                                        |

### PEÇA CIRÚRGICA

|                                          |                                  |                                     |                                 |
|------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> | CULTURA <input type="checkbox"/> | CONGELAÇÃO <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

**SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCESSAMENTO**  
(MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADORES E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO))

| IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL | DATA DO PROCESSAMENTO | INTEGRADOR |
|---------------------------|-----------------------|------------|
|                           |                       |            |
|                           |                       |            |
|                           |                       |            |
|                           |                       |            |

**ANOTAÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

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

**TRANSFERÊNCIA**

|                                                                                                                           |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| DESTINO: <input type="checkbox"/> SRPA ; <input type="checkbox"/> UNIDADE DE ORIGEM ; <input type="checkbox"/> NECROTÉRIO | HORÁRIO DE SAÍDA DA S.O: _____:_____H |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| _____<br>ASSINATURA / CARIMBO DO ENFERMEIRO | _____<br>ASSINATURA / CARIMBO DO TÉC. ENFERMAGEM |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|



### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

|                                       |                                                    |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
| NOME: _____                           | DN: ____/____/____                                 |
| CIRURGIA REALIZADA: _____             | PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INTEGRA: [ ] SIM [ ] NÃO |
| HORA DA ADMISSÃO EM SRPA: ____:____ H |                                                    |

#### MONITORIZAÇÃO DE SSVV

|                      | ADMISSÃO | 15min | 30min | 45min | 1hora | 1h30min |
|----------------------|----------|-------|-------|-------|-------|---------|
| PA (mmHG)            |          |       |       |       |       |         |
| FC (bpm)             |          |       |       |       |       |         |
| SpO <sup>2</sup> (%) |          |       |       |       |       |         |
| TAX (° C)            |          |       |       |       |       |         |
| FR (irpm)            |          |       |       |       |       |         |
| DOR (0-10)           |          |       |       |       |       |         |

#### TABELA PARA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK

|                                    |          |                                                                |
|------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| <b>ATIVIDADE</b>                   | <b>0</b> | INCAPAZ DE MOVER                                               |
|                                    | <b>1</b> | MOVE 2 MEMBROS                                                 |
|                                    | <b>2</b> | MOVE 4 MEMBROS                                                 |
| <b>RESPIRAÇÃO</b>                  | <b>0</b> | APNÉIA                                                         |
|                                    | <b>1</b> | DISPNÉIA, HIPOVENTILAÇÃO                                       |
|                                    | <b>2</b> | RESP. PROFUNDA, TOSSE                                          |
| <b>CONSCIÊNCIA</b>                 | <b>0</b> | NÃO RESPONDE                                                   |
|                                    | <b>1</b> | DESPERTO AO CHAMAR                                             |
|                                    | <b>2</b> | COMPLETAMENTE ACORDADO                                         |
| <b>CIRCULAÇÃO (PA)</b>             | <b>0</b> | PA: OU < 50% DO PRÉ-ANESTÉSICO                                 |
|                                    | <b>1</b> | PA < 20% OU 49% DO PRÉ-ANESTÉSICO                              |
|                                    | <b>2</b> | PA NORMAL OU ATÉ 20% QUE O PRÉ-ANESTÉSICO                      |
| <b>SATURAÇÃO (SpO<sup>2</sup>)</b> | <b>0</b> | SpO <sup>2</sup> < 90% MESMO COM O <sup>2</sup> SUPLEMENTAR    |
|                                    | <b>1</b> | NECESSIDADE DE O <sup>2</sup> PARA MANTER SpO <sup>2</sup> 90% |
|                                    | <b>2</b> | SpO <sup>2</sup> < 90% RESP. EM AR AMBIENTE                    |

#### MONITORIZAÇÃO DE ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

|                               | ADMISSÃO | 30min | 1hora | 1h30min |
|-------------------------------|----------|-------|-------|---------|
| ATIVIDADE                     |          |       |       |         |
| RESPIRAÇÃO                    |          |       |       |         |
| CONSCIÊNCIA                   |          |       |       |         |
| CIRCULAÇÃO (PA)               |          |       |       |         |
| SATURAÇÃO (SpO <sup>2</sup> ) |          |       |       |         |
| TOTAL                         |          |       |       |         |



NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### QUEIXAS

|                                  |                                              |                                   |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NAÚSEAS | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA   | <input type="checkbox"/> CEFALÉIA | <input type="checkbox"/> CALAFRIOS   |
| <input type="checkbox"/> ÊMESE   | <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO  | <input type="checkbox"/> SEM QUEIXAS |

#### LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EM SRPA

|                                                            |              |                     |
|------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> SF 0,9% , qnt em ml:              | MEDICAMENTO: | HORÁRIO: ____:____H |
| <input type="checkbox"/> RINGER, qnt em ml:                | MEDICAMENTO: | HORÁRIO: ____:____H |
| <input type="checkbox"/> SORO GLICOSADO, qnt em ml:        | MEDICAMENTO: | HORÁRIO: ____:____H |
| <input type="checkbox"/> SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml: | MEDICAMENTO: | HORÁRIO: ____:____H |
| <input type="checkbox"/> SORO RINGER LACTATO, qnt em ml:   | MEDICAMENTO: | HORÁRIO: ____:____H |

#### LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SRPA

☐ DRENOS, qnt em ml e aspecto:

☐ SVD, qnt em ml e aspecto:

☐ SNG, qnt em ml e aspecto:

#### ENCAMINHADO COM DISPOSITIVOS:

|                                                    |                                               |                                            |                              |                                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VENÓCLISE                 | <input type="checkbox"/> SNG                  | <input type="checkbox"/> SVD _____         | <input type="checkbox"/> SNE | <input type="checkbox"/> DRENO _____ |
| <input type="checkbox"/> CURATIVO _____            | <input type="checkbox"/> IMOBILIZADOR DE MMII | <input type="checkbox"/> CATETER PERIDURAL |                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> CATETER DE O <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> BOLSA DE COLOSTOMIA  |                                            |                              |                                      |

#### RELATO DE INTERCORRÊNCIAS EM SRPA

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

#### ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS OBSERVADAS NA SRPA

#### ALTA DA SRPA

|                                                |                                                    |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ASS/ CARIMBO ANESTESISTA: / HORÁRIO ____:____H | ASS/ CARIMBO DO ENF. e TÉC.: / HORÁRIO: ____:____H |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|



ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA) REGIONAL DE VIANA – MA

## SINAIS VITAIS



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

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

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

| HORA    | PA | FC | FR | TEMP | SPO2 | GLICEMIA | INPH | INSULINA<br>ESQUEMA | DIURSE | RESÍDUO<br>GÁSTRICO |
|---------|----|----|----|------|------|----------|------|---------------------|--------|---------------------|
| 07 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 08 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 09 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 09 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 10 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 11 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 12 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
|         |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 13 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 14 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 15 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 16 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 17 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 18 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
|         |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 19 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 20 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 21 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 22 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 23 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 00 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
|         |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 01 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 02 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 03 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 04 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 05 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |
| 06 : 00 |    |    |    |      |      |          |      |                     |        |                     |

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

**NOME DO PACIENTE:**

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SD)

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The lines are thin and consistent in color, set against a plain white background. There are no margins, text, or other markings present on the page.

**ASSINATURA:**

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

**NOME DO PACIENTE:**

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SN)

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width, typical of notebook or primary writing paper. The background is white, and there are no margins, text, or other markings present.

**ASSINATURA:**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA

Eu, \_\_\_\_\_

função \_\_\_\_\_ solicito autorização para trocar o  
plantão do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ para o dia  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ com,

função \_\_\_\_\_ por motivos extraordinários. Assumo  
total responsabilidade por minha decisão, sendo que esta empresa não  
possui qualquer participação nesta solicitação, ficando a seu direito e  
critério, acatá-lo ou não.

Solicitante: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Solicitado: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Viana \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador

Nº Protocolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Atendimento RH

A troca de plantão deverá ser entregue com 72h de antecedência sendo que só será válida depois de protocolado no setor de entrega, e avaliado pelo sistema obedecendo às regras de troca de plantão e carga horária.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA

Eu, \_\_\_\_\_

função \_\_\_\_\_ solicito autorização para trocar o  
plantão do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ para o dia  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ com,

função \_\_\_\_\_ por motivos extraordinários. Assumo  
total responsabilidade por minha decisão, sendo que esta empresa não  
possui qualquer participação nesta solicitação, ficando a seu direito e  
critério, acatá-lo ou não.

Solicitante: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Solicitado: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Viana \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador

Nº Protocolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Atendimento RH

A troca de plantão deverá ser entregue com 72h de antecedência sendo que só será válida depois de protocolado no setor de entrega, e avaliado pelo sistema obedecendo às regras de troca de plantão e carga horária.

| VISITA DE ENFERMAGEM / SINAIS VITAIS / DATA : |        |               |        |               |        |
|-----------------------------------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| ENFERMARIA :                                  | LEITO: | ENFERMARIA:   | LEITO: | ENFERMARIA:   | LEITO: |
| NOME:                                         |        | NOME:         |        | NOME:         |        |
| PA:                                           |        | PA:           |        | PA:           |        |
| TX:                                           |        | TX:           |        | TX:           |        |
| SpO2:                                         |        | SpO2:         |        | SpO2:         |        |
| DX :                                          |        | DX            |        | DX:           |        |
| FR:                                           |        | FR:           |        | FR:           |        |
| FC:                                           |        | FC:           |        | FC:           |        |
| AVP:                                          |        | AVP:          |        | AVP:          |        |
| DIETA:                                        |        | DIETA:        |        | DIETA:        |        |
| ACOMP:                                        |        | ACOMP:        |        | ACOMP:        |        |
| QUEIXAS:                                      |        | QUEIXAS:      |        | QUEIXAS:      |        |
| EVACUAÇÕES:                                   |        | EVACUAÇÕES :  |        | EVACUAÇÕES:   |        |
| ELIM.VISICAL:                                 |        | ELIM.VISICAL: |        | ELIM.VISICAL: |        |