Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO Nº 111/2019/MA

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, torna público que no período de **24/04/2019 a 29/04/2019**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GÁFICO, para atender a demanda anual** do Hospital Regional de Bacabal/MA**,** sob a gestão do **INVISA**, através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES**,** conforme as especificações e quantidades constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

2. As propostas de preços deverão ser digitalizadas e enviadas por correio eletrônico para: compras.ma@invisa.org.br no período de **24/04/2019 a 29/04/2019.**

3. O **Anexo II – FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA DE PREÇO,** que acompanha este ato convocatório, deverá ser utilizado**, obrigatoriamente,** para a apresentação da proposta.

4. Os Proponentes receberão, por e-mail, comprovante de recebimento das suas propostas enviadas, com indicação do dia e horário de recebimento.

5. A proposta de preço deverá ser redigida em língua portuguesa, com clareza, sem emendas, rasuras, acréscimos ou entrelinhas, devidamente datada e assinada, como também rubricadas em todas as suas folhas pelo licitante ou seu representante, deverá conter, **obrigatoriamente**, conforme as especificações abaixo, sob pena de desclassificação:

a) Valor unitário e total do item deverão ser expressos em reais;
b) Deverá constar marca e apresentação do objeto;
c) Deverá constar fabricante/procedência/nome comercial/referência/descrição exaustiva e características adicionais do objeto que permita identifica-lo e avaliar se o produto atende ou não às especificações mínimas requeridas tais informações deverão constar no campo “observações adicionais” de cada item.
d) Prazo de validade da proposta deverá ser de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da sua apresentação.

5.1 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.

6.Nas propostas de preços devem constar os dados da empresa como: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço completo, telefone, nome do vendedor, prazo de entrega do produto ou serviço.

7. As propostas de preços serão classificadas pelo MENOR PREÇO GLOBAL, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens constantes no Anexo I.

7.1 A empresa vencedora fornecerá pelo período de 12 (doze) meses a quantidade necessária dos produtos para abastecer as Unidades de Saúde do Estado do Maranhão.

7.2 As entregas serão realizadas mensalmente após recebimento da Ordem de Fornecimento – OF emitida pelo contratante.

7.3 O preço será fixo e irreajustável durante o período do fornecimento.

7.4 A alteração de preço dos produtos , objeto deste Ato Convocatório, 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

8. As propostas de preços que não possuírem tais características serão desclassificados, de modo que não serão inclusos no Processo de Compras.

9. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias 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).

10.A entrega dos produtos será realizada no ;

* **Hospital Laura Vasconcellos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, 189-335 - Bacabal/MA, CEP: 65700-000.

10.1 O Contratante enviará, mensalmente, a quantidade necessária para atender a demanda do mês, através da Ordem de Fornecimento, dos itens constantes na tabela do Anexo I.

11. Realizado o agendamento, após o recebimento da OF (Ordem de Fornecimento), a Contratada deverá enviar por e-mail (compras.ma@invisa.org.br) o cronograma de sua entrega.

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

12.1. 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;

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

13.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.

14.A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) a partir da data de fabricação do produto, contado da data de fabricação.

15. É de responsabilidade exclusiva da Contratada o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A Contratante ficará encarregada apenas da conferencia e arrumação dos produtos.

16. Os interessados deverão ainda apresentar juntamente com a proposta, documentos que comprovem a constituição da empresa e sua regularidade fiscal, através dos seguintes documentos:

- **a)** Contrato Social registrado;
- **b)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- **c)** Certidões negativas de débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da Empresa, válidas na data de entrega das propostas;
- **d)** Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço válida na data de entrega das propostas;
- **e)** Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida;
- **f)** Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente;

17. Informações e esclarecimentos sobre o Ato Convocatório serão prestadas por e-mail: compras.ma@invisa.org.br até 01 (um) útil anterior à data final para recebimento das propostas.

18. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE** - **INVISA** verificará as propostas apresentadas, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

19. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** pagará pelas Notas Fiscais que estiverem de acordocom os valores em contrato e correspondente a 100% com a Ordem de Fornecimento (OF), enviada mensalmente pelo setor de compras.

20. A coluna **"Preço Referência"** foram os preços atribuídos a cada item que foram estimados com base nos valores praticados em mercado e havendo propostas de preços superiores ao **"Preço Referência" serão aceitas , desde que acompanhadas de justificativa de aumento.**

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

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

24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** informará às Proponentes empatadas o ocorrido por meio eletrônico e solicitará das mesmas nova proposta de preço que deverá ser encaminha por e-mail em 24h.

25. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** convocará a Proponente vencedora por e-mail.

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

27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de 5 (cinco) dias uteis, contados a partir da data de sua convocação para assinar o contrato ou a cumprir o disposto na Ordem de Fornecimento, conforme o caso, sob pena de decair do direito à contratação.

28. 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.

29. 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.

30. No caso do Contrato de Gestão firmado entre a **Contratante** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se- á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

31. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 24 de março de 2019.

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
INVISA – Instituto Vida e Saúde

ANEXO I

ITEM	CÓDIGO	MATERIAL GRÁFICO	UNIDADE	PREÇO REFERÊNCIA	QUANT MÍNIMA	QUANT MÁXIMA
1	4275	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 7,80	216	360
2	4276	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO, 14,8X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 7,80	120	240
3	4277	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, PEDIDO DE MATERIAL, 14,8X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 7,80	120	240
4	4278	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	120	240
5	4279	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	120	240
6	4280	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	120	240
7	4281	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	120	240
8	4282	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	240	432
9	4283	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	180	312
10	4284	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	60	96
11	4285	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	60	96
12	4286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	60	96
13	4287	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 7,80	120	240
14	4288	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ENTREVISTA SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	60	96
15	4289	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	60	96
16	4290	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	60	96
17	4291	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$ 15,60	24	36
18	4292	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	60	96
19	4293	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA ODONTOLÓGICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$ 26,00	60	96

20	4294	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	60	96
21	4295	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
22	4296	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
23	4297	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
24	4298	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BALANÇO HÍDRICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
25	4299	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
26	4300	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	24	48
27	4301	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	72	120
28	4302	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	24	48
29	4303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	60	96
30	4304	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	60	96
31	4305	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, GASTO DE MATERIAL E MADICAMENTO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	60	96
32	4306	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ANESTESISTA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
33	4307	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, MATERIAL CONSIGNADO (NOVO), 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	15,60	36	60
34	4308	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, BÁSICA MÉDICA (NOVO), 29,7X21CM (FRENTE)	UNID	R$	7,80	36	60
35	4309	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE MATERIAL, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	6000	9600
36	4310	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
37	4311	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SAEP 3 E 4. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
38	4312	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
39	4313	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNID	R$	26,00	60	96
40	4314	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	1200	2160
41	4315	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HRLV, 14,8X21CM (FRENTE)	UNID	R$	7,80	24	48
42	4316	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	5400	8400

43	4317	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	3000	4800
44	4318	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	3000	4800
45	4319	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE)	UNID	R$	0,30	4200	7200

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO II

PROPOSTA DE PREÇOS

RAZÃO SOCIAL:			**CNPJ:**		
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		**VENDEDOR:**			
ENDEREÇO:				**NÚMERO:**	
BAIRRO:		**CIDADE:**		**UF:**	
TELEFONE:		**CELULAR:**			
EMAIL:					

ITEM	CÓD. SISTEMA	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UN.	QTD. SOLICITADA	MARCA/ MODELO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	INFORMAÇÕES ADCIONAIS

VALOR TOTAL DA PROPOSTA	R$ 0,00 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

VALIDADE DA PROPOSTA	**30 DIAS**	**PRAZO DE ENTREGA:**	

[CIDADE], XX de XX de XXXX.

PROPONENTE
(ASSINATURA E CARIMBO CNPJ)

(01)

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

RECEITUÁRIO

NOME:_____

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

DATA: _____/_____/_____

02

SUS

GOVERNO DO MARANHÃO

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME:_____

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

DATA: _____/_____/_____

02

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE IMPERATRIZ DRª LAURA VASCONCELOS

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Nome:_____

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

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

URINÁLISE
- ☐ EAS (SUMÁRIO)
- ☐ PLANOTESTE
- ☐ GLICOSÚRIA

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

CITOLOGIA
- ☐ COLPOC. ONCÓTICA
- ☐ (PREVENTIVO)

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

BACTERIOLOGIA
- ☐ BACTERIOSCOPIA _____
- ☐ CULTURA _____
- ☐ ANTIBIOGRAMA _____

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

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

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

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO

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

SETOR:_____ DATA:____/____/____

PEDIDO DE MATERIAL

Nº	PRODUTO	UNID.	QDE. PEDIDA	ENTREGUE

_____ REQUISITANTE

_____ ALMOXARIFADO

GOVERNO DO MARANHÃO

Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS

Nome do Paciente	Setor	Leito	Tipo de Cobertura	Quantidade

Assinatura do Enfermeiro _____

Data_____/_____/_____

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

05

FOLHA DE PESCRIÇÃO MÉDICA

USUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS						GLICEMIA			
Hora	T	P	FR	PA	ASS	Hora	Capilar	Glico	Ass.

Hora	Entradas		SAÍDAS									
			Diurese		Evacuações		Vômitos		SNG		Dreno	
	Soro	SNE	Vol.	Asp.	Vol.	Asp.	Vol.	Asp.	Vol.	Asp.	Vol.	Asp.

Grau de Dependência

Necessidade	Independente	0	Dependente Parcial	1	Dependente Total	2
Deambulação	Sem Auxilio		Com Auxilio		Não Deambula	
Nível de Consciência	Orientado		Confuso sem Agitação		Torporoso ou com agitação	
Higiene	Sem Auxilio		Com Auxilio		Deambula	
Alimentação	Sem Auxilio		Com Auxilio		Por Sonda com Auxilio Total	
Eliminação	Espontânea		Por Sonda ou Dispositivo Urinário		Incontinente Fralda	
Integridade Cutânea/ Mucosa	Íntegro		Hiperemia		Escara	
Oxigenoterapia	Não Dependente		Uso Internamente		Uso Contínuo	
Total	0 a 04				10 a 14	

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM 06

Bomba de Infusão			
Inicio			
Termino			
Assinatura			

Oxigenoterapia	Manhã	Tarde	Noite
Via			
Inicio			
Termino			
Litros			
Assinatura			

Controle de Sonda e Cateteres – Próxima Troca

Punção Periférica	**SNG**	**Cateter Central**	

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL Drª LAURA VASCONCELOS

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 06 F
CLIENTE_____
QUARTO:_____LEITO:_____CONVÊNIO:_____
S INTERNAÇÃO:_____
DATA:___/___/___ FIA:_____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

N.	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Jejum às _____para_____		
2	Peso Corpóreo_____		
3	Avaliar e anotar nível de consciência		
4	Verificar e anotar sinais vitais cada_____hora		
5	Trocar e fixação de COT ou Traqueostomia		
6	Banho de _____		
7	Higiene oral_____x dia		
8	Higiene íntima_____x dia		
9	Realizar mudança de decúbito_____x dia		
10	Realizar massagem de confort_____x dia		
11	Produto para massagem		
12	Sentar cliente na poltrona		
13	Observar e anotar diurese		
14	Observar e anotar eliminações		
15	Observar e anotar aceitações alimentares		
16	Realizar limpeza concorrente da Unidade		
17	Trocar de equipo/ Torneirinha/ Extensor/ Bureta		
18	Puncionar Veia Periférica		
19	Uso de Bomba de infusão		
20	Controle de infusão Venosa		
21	Trocar de circuito respiratório		
22	Aspiração - OTQ/ ETM_____x dia		
23	Tricotomia - Região_____		
24	Encaminhar o cliente para_____		
25	Curativo P/ M/ G_____		

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____ Prontuário:_____

Leito:_____ DN:_____/_____/_____ Admissão:_____/_____/_____

Motivo da Internação:_____

Diagnóstico Principal:_____

Diagnósticos Secundários:_____

_____

_____

RESUMO

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Transferência para _____

Encaminhamentos:_____

Observações:

_____

_____

Data:____/____/____ _____ _____

Médico CRM Carimbo

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

08

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 Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 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 ( ) CNS ( ) CPF

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

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

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

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 ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

09

fls.1/2

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO — Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL

38-CID10 SECUNDÁRIO

39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO — ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO — ( ) CNS ( ) CPF

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

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC — / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

VisioDocument

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

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

10

SOLICITACAO PARA LIBERACAO DE ANTIBIOTICOS

1. Nome:_____

2. Idade_____ 3.Data de Admissão____/____/____4.Setor:_____

5. Diagnostico principal:_____ Laboratorial: __ S __ N

6. Cultura ___S ___N

7. Cirurgia ___S ___N

Tipo de cirurgia: ___ limpa
___ potencialmente contaminada
___ contaminada
___ infectada

8. Fatores de risco:

___ DM ___ Internação de longa duração

___ Acesso venoso profundo ___ Acamado

___ HAS ___ Cateterismo vesical

___Imunodeprimido

9. Antibiótico solicitado: _____.

10. Apresentação:

___VO ___IM DURAÇÃO: _____ DIAS

___IV OUTROS: _____ HORARIO: _____.

11. Motivo:

___ PROFILAXIA ___ TERAPEUTICO

12. Indicação:

___Pneumonia ___Ferida Cirúrgica ___ Infecção de Cateter

___ Septicemia ___Infecção urinaria ___ Outros: _____.

13. Tipo de infecção:

____ Hospitalar ____ Comunitária (menos de 48 horas de internação).

14. Solicitante: _____.
Data e carimbo

DATA: ___/___/____.

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

11

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente:_____

Quarto:_____ Leito:_____ FIA:_____

Médico Solicitante:_____

Clínica Solicitada:_____

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

Data: Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data: Assinatura do Especialista

INVISA

GOVERNO DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

(120)

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE DEVOLUÇÃO:		DATA DA DEVOLUÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

PRODUTO	LOTE	QTE

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

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA: _____

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

AVISO DE CIRURGIA

(13)

PACIENTE	IDADE	QUARTO	LEITO	REGISTRO
CLÍNICA	CATEGORIA	DATA ___/___/20		HORAS
OPERAÇÃO				
AMBULATÓRIO ☐	SÉPTICA ☐	ASSÉPTICA ☐		
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	ANESTESISTA			
ANESTESIA				
PREPARO				
MATERIAL ESPECIAL				
CONGELAÇÃO ☐	RAIOS X ☐	SERRA ELÉTRICA ☐		
TRANSF. SANGUE 500 ml. ☐	100 ml. ☐	2000 ml. ☐	UTI. O. Sim ☐	Não ☐
Médico	Enfermeira	Marcado em ____/____/____		

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL Dra. LAURA VASCONCELOS

INVISA

ENTREVISTA SOCIAL (14)

IDENTIFICAÇÃO

NOME:		MASC		FEM
ENDEREÇO:				
TELEFONE:	DATA DE NASCIMENTO			
IDADE:	NATURALIDADE	CARTÃO DO SUS:		
FILIAÇÃO:				
ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:		
COMPOSIÇÃO E RESUMO FAMILIAR:				
RENDA FAMILIAR:	BENEFÍCIO ASSISTENCIAL RECEBIDO:			
ACOMPANHANTE:	TELEFONE:			
ACOMPANHANTE:	TELEFONE:			

INTERNAÇÃO

DATA DE INTERNAÇÃO:	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
DATA DE ALTA	DATA DA TRANFERÊNCIA:	DATA DO ÓBITO:

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL Dra. LAURA VASCONCELOS

INVISA

NOME DO PACIENTE:_____ 15

ENFERMARIA _____ LEITO _____

EVOLUÇÃO SOCIAL

VISA

16F

GOVERNO DO MARANHÃO

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME:_____ID:_____

DIAGNOSTICO:_____ENFERMARIA:_____LEITO:_____PESO:_____Kg ALTURA:_____m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNCÕES VITAIS	PATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( ) OUTROS_____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( )OUTROS_____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( )OUTROS_____	

VISA

16V

GOVERNO DO MARANHÃO

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME:_____ID:_____

DIAGNOSTICO:_____ENFERMARIA:_____LEITO:_____PESO:_____Kg ALTURA:_____m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNCÕES VITAIS	PATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( ) OUTROS_____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( )OUTROS_____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA ( ) SEM USO DE ANTIBIOTICO ( ) COM USO DE ANTIBIOTICO ( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS ( ) SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( ) PRÉ-CIRURGIA ( ) PÓS-CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( ) FALTA DE APETITE ( ) VÔMITO ( ) DOR ABDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANDA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSÓDICA ( ) HIPERPROTEICA ( ) HIPERCALORICA ( ) ZERO ( ) ENTERAL ( ) PARENTERAL ( ) OUTROS _____	( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPADO	( ) POUCA ( ) RAZOAVEL ( ) BOA	PA _____mm Hg GLICEMIA _____mg/dL	( ) DIABETES ( ) IRA/IRC ( ) ALZHEIMER/PARKINSON ( ) HAS ( ) PANCREATITE ( ) OBESIDADE ( ) DISLIPIDEMIA ( ) DOENÇAS BILIARES ( ) DESNUTRIÇÃO ( ) ANEMIA (S) ( ) PNEUMONIA ( )OUTROS_____	

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL DRª LAURA VASCONCELOS

(17)

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

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

Responsável	Carimbo	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NOS

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA (18) F

NOME:_____ ID_____
DIAGNÓSTICO:_____ ENFERMARIA:_____ LEITO_____
ESTADO CIVIL_____ FILHOS_____

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

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA (18) V

NOME:_____ ID_____

DIAGNÓSTICO:_____ ENFERMARIA:_____ LEITO_____

ESTADO CIVIL_____ FILHOS_____

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

(19) F

FICHA ODONTOLÓGICA

Nome: _____

Idade: _____ Data da internação: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

HISTÓRIA MÉDICA

Sinais vitais/ Alterações sistêmicas:

_____

_____

_____

_____

Medicações em uso:

_____

_____

_____

_____

EXAME FÍSICO

EXTRABUCAL

Assimetria facial ( ) Ausente ( ) Presente

_____

Lesões cutâneas ( ) Ausente ( ) Presente

_____

Fístula extrabucal ( ) Ausente ( ) Presente

_____

INTRABUCAL

Avaliação de alterações na mucosa:

Lábio superior ( ) Ausente ( ) Presente _____

Lábio inferior ( ) Ausente ( ) Presente _____

Mucosa labial superior ( ) Ausente ( ) Presente _____

Mucosa labial inferior ( ) Ausente ( ) Presente _____

Mucosa jugal direita ( ) Ausente ( ) Presente _____

Mucosa jugal esquerda ( ) Ausente ( ) Presente _____

Língua ( ) Ausente ( ) Presente _____

Assoalho bucal ( ) Ausente ( ) Presente _____

Palato mole ( ) Ausente ( ) Presente _____

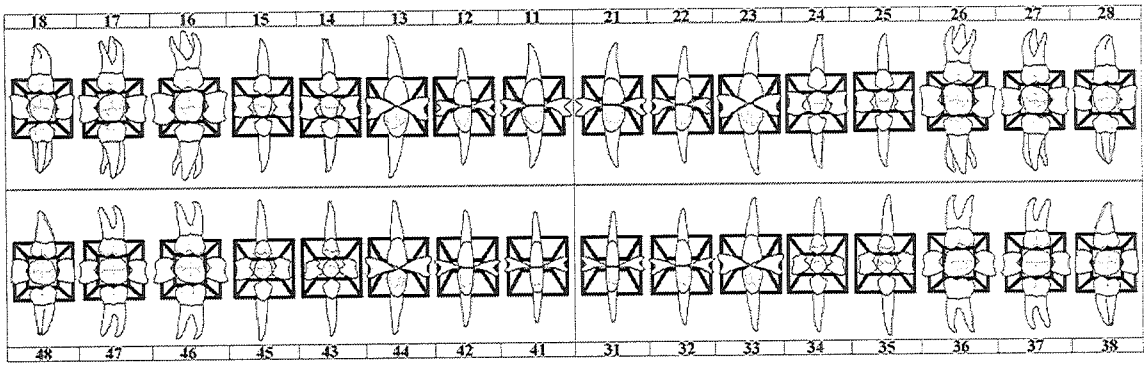
Orofaringe ( ) Ausente ( ) Presente _____

Glândulas salivares ( ) Ausente ( ) Presente _____

Rebordo alveolar ( ) Ausente ( ) Presente _____

Fístula intrabucal ( ) Ausente ( ) Presente _____

ODONTOGRAMA



PRONTUÁRIO

Data/ Horário	Procedimento	Assinatura

FONOAUDIOLOGIA

(20) F

NOME: **IDADE:**

DATA: **HORA:** **HS**

QUADRO CLINICO:

ESTADO DE CONSCIENCIA ( )alerta ( ) sonolência ( ) obnubilação ( ) torpor ( ) coma

RESPIRAÇÃO ( ) VE ( ) O2 ( ) VNI ( ) VM **TQT** ( ) ausente ( ) presente
CANULA ( ) plástica ( ) metal ( )dispneia ( ) **BLUE DYE TEST** ( ) positivo ( ) negativo

COMUNICAÇÃO - **Compreensão** ( ) presente ( )ausente ( ) confuso ( ) DA
- **Expressão** ( ) normal ( )ausente ( ) confuso ( ) afasia ( ) demência ( ) apraxia

VOZ ( )normal ( )ausente ( ) rouca ( )soprosa ( )instável ( )aspereza ( )astenia ( )intensidade fraca ( ) molhada
FALA ( ) adequada ( )ausente ( ) articulação imprecisa ( )articulação ininteligível ( ) disfonia ( ) disartria

ASPECTOS DAS ESTRUTURAS [NL] norma [R] reduzido
- **lábios** ( ) força ( )mobilidade ( ) coordenação ( )sensibilidade
- **Língua** ( ) força ( )mobilidade (R) coordenação ( )sensibilidade
- **Mandíbula** ( ) força ( )mobilidade ( )sensibilidade
- **Palato mole** ( )mobilidade ( )sensibilidade
- **mobilidade hio laríngea** ( ) adequada ( ) lentificada ( ) rigidez ( ) ausente ( )ausculta limpa ( )ausculta ruidosa

REFLEXO GAG ( ) presente ( ) ausente ( ) posteriorizado ( ) anteriorizado ( ) exacerbados
ARCAICOS ( )mordida ( ) sucção

TOSSE ( ) eficaz ( ) fraca ( )ausente ( )atrasada ( ) produtiva ( ) não produtiva
Pigarro voluntario ( ) eficaz ( ) ineficaz ( ) ausente

DEGLUTIÇÃO SALIVA ( ) adequada ( ) frequência reduzida ( ) ineficaz ( ) sialorreia ( ) xerostomia ( ) engasgos

QUALIFICAÇÃO DO BOLO ( )ADEQUADO ( ) INADEQUADO **PROPULSAO DO BOLO** ( )ADEQ. ( ) INA
ESCAPE ( )AUSENTE ( ) POSTERIOR ( ) ANTERIOR **ESTASE** ( )AUSENTE ( ) PRESENTE

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO
I	( ) Deglutição FUNCIONAL
II	( ) Disfagia Orofaríngea LEVE
III	( ) Disfagia Orofaríngea LEVE A MODERADA
IV	( ) Disfagia Orofaríngea MODERADA
V	( ) Disfagia Orofaríngea MODERADA A SEVERA
VI	( ) Disfagia Orofaríngea SEVERA

CONDUTA : – ***Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – FOIS*** 1
( )**Nível 1**: Nada por via oral
( ) **Nível 2:** Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido ( ) **Nível 3:** Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido
( ) **Nível 4:** Via oral total de uma única consistência ( )
Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações ( )
Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares
( ) **Nível 7:** Via oral total sem restrições

Consistência prescrita ( ) líquida *{ ( )livre [ ] espessado ( ) néctar ( ) mel ( ) pudim}* ( )pastosa ( ) branda ( ) sólida

Modo de oferta ( ) colher ( ) copo ( ) canudo ( ) seringa ( ) pedaços
( ) indiferente ( ) assistida ( ) independente

OBS:

FONOAUDIÓLOGO

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

(21) F

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

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

Nome:_____

Nome Social:_____

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

Procedência:_____

Plantonista Fisioterapeuta:_____

Diagnóstico:_____

Motivo da Admissão - HDA:_____

Doenças Anteriores:_____

Alergias:_____

Curgirgias Anteriores:_____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC:_____bpm FR:_____irpm PA_____x_____mmHg Tax:_____°C

Estado Nutricional:_____Abdome:_____

Feridas:_____ Drenos:_____

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

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

AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Eupnéico

Padrão Ventilatório:_____

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

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

Ausculpa Pumonar:_____ Imagem Radiológica_____

( ) AA ( ) Oxigenoterapia: CN_____/min MNBZ_____/mim Venturi_____%/_____l/min

( ) VNI TQT ( ) nº_____ Dias de QT:_____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

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

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

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas:_____ Mobilidade: Atica ( ) Passiva ( )

Sensibilidade:_____ Força Muscular:_____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

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

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

(21) V

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

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Melhor Resposta Motora	
Olhos abertos previamente à estimulação	4	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5	Cumprimento de ordens de 2 ações	6
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3	Resposta não orientada mas comunicação coerente	4	Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no pescoço	5
Abertura ocular após estimulação de extremidade dos dedos	2	Palavras isoladas inteligíveis	3	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	4
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	1	Apenas gemidos	2	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo padrão predominante claramente normal	3
Olhos fechados devido ao fator local	NT	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2
		Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	NT	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	1
				Fator que limita resposta motora	NT

ESCALA DE RASS

ESCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
+4	Combativo	Francamente combativo vilento, levando perigo imediato a equipe
+3	Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, pode brigar com o respirador
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por mais de 10 seg
-2	Sedado Leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 seg
-3	Sedado Moderado	Movimento ao abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedado Profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimento ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

CONDUTA:_____

_____

_____

_____

_____

FISIOTERAPEUTA

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

22

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

MÊS:_____ SETOR:_____ LEITO:_____ ADMISSÃO:____/____/____

PACIENTE:_____ DIAGNÓSTICO:_____

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

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

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

22V

MÊS: ____________________ SETOR: ______________________ LEITO: ________ ADMISSÃO: _____/_____/_____

PACIENTE: ____ DIAGNÓSTICO: ______________________________________

03.01.01.004-8		03.02.01.001-7		03.02.01.002-5		03.02.01.003-3		03.02.02.001-2		03.02.02.002-0		03.02.02.003-9		03.02.03.001-8		03.02.03.002-6		03.02.04.001-3		03.02.04.002-1		03.02.04.003-0		03.02.04.005.6		03.02.04.004-8		03.02.05.001-9		03.02.05.002-7		03.02.05.003-5		03.02.06.001-4		03.02.06.002-2		03.02.06.003-0		03.02.06.004-9		03.02.06.005-7		03.02.07.001-0		03.02.07.002-8		03.02.07.003-6		QUANTIDADE
SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	SD	SN	

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL Drª LAURA VASCONCELOS

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

FISIOTERAPIA

PESO:_____ ALTURA:_____

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

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
MANHÃ	FC_____PA_____ ( ) DV_____ FR_____SpO2_____( ) AA ( ) O2 ( ) CN ( ) MNB ( ) VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP: RX:	DIAS DE TOT:_____ CL_____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT:_____ MODO: VC___ Pinsp____ PS____ FR___ PEEP___ FIO2____ Fluxo/Tinsp:____I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow:_____ RASS:_____ Sedação:_____ _____ F. Muscular_____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	pH: PO2 PCO2: HCO3: BE P / F: Lact: Hb:	( ) T. Autonomia ( ) T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora_____ ( ) VNI Pós Extubação Hora_____	( ) Troca de filtro ( ) Troca Fixação ( ) Troco Stericath	
TARDE	FC_____PA_____ ( ) DV_____ FR_____SpO2_____( ) AA ( ) O2 ( ) CN ( ) MNB ( ) VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP: RX:	DIAS DE TOT:_____ CL_____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT:_____ MODO: VC___ Pinsp____ PS____ FR___ PEEP___ FIO2____ Fluxo/Tinsp:____I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow:_____ RASS:_____ Sedação:_____ _____ F. Muscular_____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	pH: Po2 PCO2: HCO3: BE P / F: Lact: Hb:	( ) T. Autonomia ( ) T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora_____ ( ) VNI Pós Extubação Hora_____	( ) Troca de filtro ( ) Troca Fixação ( ) Troco Stericath	
NOITE	FC_____PA_____ ( ) DV_____ FR_____SpO2_____( ) AA ( ) O2 ( ) CN ( ) MNB ( ) VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP: RX:	DIAS DE TOT:_____ CL_____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT:_____ MODO: VC___ Pinsp____ PS____ FR___ PEEP___ FIO2____ Fluxo/Tinsp:____I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow:_____ RASS:_____ Sedação:_____ _____ F. Muscular_____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	pH: Po2 PCO2: HCO3: BE P / F: Lact: Hb:	( ) T. Autonomia ( ) T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora_____ ( ) VNI Pós Extubação Hora_____	( ) Troca de filtro ( ) Troca Fixação ( ) Troco Stericath	

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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

NOME: LEITO: DATA:

VISA

BALANÇO HÍDRICO

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

Estado do maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão - HEMOMAR
Serviço de Hemoterapia

2000 [illegible]
25F
Untrisa

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão
HEMOMAR

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome Completo do paciente sem abreviaturas:_____

_____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar:_____ Sexo:_____

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

Diagnóstico:_____

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

Tipagem:_____

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

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

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

Obs.:

Transfusões prévias? ( )Sim ( ) Não

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

_____

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Transfusão

( ) Programa Dia ____/____/_____ Hora:_____

( ) De rotina (dentro de 24 horas)

( ) Urgente (Dentro de 3 horas)

( ) De urgência (qualquer retardo acarretará risco para vida) --- **Vide Verso**

Tipos de Transfusão

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

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

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

2SV

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

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Data:____/____/_____ Hora:_____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS

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

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

Data:____/____/_____ Hora:_____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Estado do Maranhão
Secretaria do Estado da Saúde
Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão - HEMOMAR

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão
HEMOMAR

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA

NÚMERO / ANTI-SORO																				
A																				
B																				
Rh(D)																				
Ctl. Rh																				

Hem. A1																				
Hem. B																				

DATA	Nº	NOME/NºDOADOR	ABO	Rh(D)	D-Fraco	Hb	PAI	Téc	Visto

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL
DRª LAURA VASCONCELOS

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

27

RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

Unidade do destino:
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HOSPITAL REGIONAL Drª LAURA VASCONCELOS / BACABAL – MA

Dados do Receptor ***Número da requisição***

Nome do Paciente/Receptor:

DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	NÚMERO REGISTRO/ PRONTUÁRIO:
_____/_____/_____	F ☐ / M ☐	_____

Número da Bolsa:

DATA DA TRANSFUSÃO:	Apto. ☐ Enfermaria ☐	NÚMERO DO LEITO:_____
_____/_____/_____	_____	

TESTE DE COMPATIBILIDADE:

Salina:	Albumina:	Coombs:	Grupo ABO:	RH:	Fenotipagem:

SANGUE E HEMODERIVADOS:

mL

Tipagem Sanguínea: ABO: RH: D Fraco:

FARMACÊUTICA-BIOQUÍMICA OU BIOMÉDICA RESPONSÁVEL - HGLV / MA

APLICAÇÃO

EM

Médico Responsável

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

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

HEMOMAR

MÊS/ANO

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

LOTES DOS REAGENTES

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

29F

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE:		PRONTUÁRIO Nº
DATA DA OPERAÇÃO:	ENFERMARIA / LEITO	OPERADOR
		INSTRUMENTADOR
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERAÇÃO		
TIPO DE OPERAÇÃO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍCERAS

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

NVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____

HORA INÍCIO:_____

HORA TÉRMINO:_____

DATA
_____/_____/_____

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

Pulseira com identificação no acidente com os dados corretos?
☐ SIM ☐ NÃO

Consentimento informado assinado pelo paciente?
☐ SIM ☐ NÃO

Qual o local da cirurgia?
_____

Qual o procedimento a ser realizado?
_____

Qual lado? _____

Sítio cirúrgico foi marcado?
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

O paciente tem alguma alergia?
☐ SIM, _____ ☐ NÃO

Há risco de via aérea difícil / bronco aspiração?
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA:

O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
☐ SIM, _____ ☐ NÃO

Anestesiologia

_____ _____
Carimbo e Assinatura Hora

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

CONFIRMAÇÃO

A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções.
Peça ao cirurgião que confirme verbalmente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO

Exames de Imagem disponíveis?
☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA

Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico?
☐ SIM ☐ NÃO

Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis?
☐ SIM ☐ NÃO, qual?_____

Técnico de Enfermagem

_____ _____
Carimbo e Assinatura Hora

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

REGISTRO

A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

Houve mudanças no procedimento realizado?
☐ NÃO ☐ SIM, qual?_____
_____

A contagem das compressas, instrumentos e agulhas está correta?
☐ SIM

As peças cirurgias estão identidificadas e com nome do paciente?
☐ NÃO SE APLICA ☐ SIM

Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?
☐ NÃO ☐ SIM

Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório?
_____
_____
_____

Enfermeiro

_____ _____
Carimbo e Assinatura Hora

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

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

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

ENTRADA: DATA:____/____/____ HORA:____:____ PA_____ PULSO_____ SPO2_____

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O._____ OBSTR.:

_____Co2_____ EXCIT.:_____ NÁUSEAS:_____

VÔMITOS:_____ OUTROS:_____

COM CÂNULA PARA: ☐ SIM ☐ NÃO - CONDIÇÕES GERAIS:_____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

SAÍDA DATA:____/____/____ HORA:____:____ PA_____PULSO_____SPO2_____

REFLEXOS NA S.O:_____ OBSTR:

_____CO2_____EXCIT.:_____NÁUSEAS:_____

DESTINO DO PACIENTE:

☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ CLÍNICA CIRURGICA ☐ SEMI-INTENSIVA ☐ UTI ☐ DOMICÍLIO ☐ CARDIOLOGIA ☐ OUTRO HOSPITAL

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

ÓBITO: NÃO ☐ SIM ☐ DATA:____/____/____ HORA:____:____

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL
DRª LAURA VASCONCELOS

31

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO

Nome do Paciente:				
Prontuário Nº	Data de Operação:	Sala Nº	Enfermaria:	Leito:
Hora de Entrada na S.O:	Hora do Início da Cirurgia:	Hora Término da Cirurgia:	Hora da Saída:	
Cirurgião:				
Auxiliar:	Cirurgia:			
Anestesista:				
Tipo de Anestesia:	Início da Anestesia:	Término da Anestesia.		

RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13 X 4,5		Surgicel		**SOLUÇÕES**		**ANTIBIÓTICOS**
	Agulha 25 X 7		Tela eprolene		Álcool a 70%		Ampicilina
	Agulha 30 X 7		Faixa smach Nº		Álcool a 90%		Cefalotina
	Agulha 30 X 8		Compressa de Gazes		PVPI Tópico		Cefazolina
	Agulha 40 X 12		Gaze Vaselinada		PVPI Degermante		
	Agulha de Raque Nº		Algodão Ortopédico		Vaselina Líquida		
	Seringa 1ml		Atadura crepon Nº		Formol		
	Seringa 5ml		Esparadrapo Micropore		Clorexidine		**SOROS**
	Seringa 10ml		Esparadrapo Comum				Fisiológico 250 ml
	Seringa 20ml				**ANESTÉSICOS**		Fisiológico 500ml
	Seringa 50ml		**FIOS AGULHADOS**		Xylocaina Gel		Glicosado 5% 250ml
	Cateter Jelco N º 14		Mononylon Nº 0		Xylocaina Spray		Glicosado 5% 500ml
	Cateter Jelco Nº 16		Mononylon Nº 1,0		Xylocaina 2% S / V		Ringer Lactato 500ml
	Cateter Jelco Nº 18		Mononylon Nº 2,0		Neocaina Pesada		Manitol
	Cateter Jelco Nº 22		Mononylon Nº 3,0		Neocaína 0,5% S / V		
	Cateter Jelco Nº 24		Mononylon Nº 4,0		Neocaína 0,5% C/ V		**PSICOTRÓPICOS**
	Cateter Peridural		Mononylon Nº 5,0				Midazolan 15mg
	Scalp Nº 19		Mononylon Nº 6,0		**MEDICAMENTOS**		Midazolan 50mg
	Scalp Nº 21		Polycot Nº 1,0		Adrenalina		Domotidolossal
	Scalp Nº 23		Polycot Nº 2,0		Aminofilina		Fentanil frasco
	Scalp Nº 25		Polycot Nº 3,0		Atropina		Fentanil ampola
	Scalp Nº 27		Polycot Nº 4,0		Água Destilada		Propofol
	Equipo Inj. Lateral		Polycot Nº 5,0		Buscopan		Halotano
	Equipo polifix 2 vias		Polycot Nº 6,0		Cedilanide		Enflurano
	Equipo polifix 4 vias		Vicryl Nº 1,0		Cortizonol 100mg		Isofurano
	Equipo Macrogotas		Vicryl Nº 2,0		Cartizonol 500mg		Sevofurano 100mg
	Equipo Microgotas		Vicryl Nº 3,0		Kcl		Sefurano 250mg
	Equipode Sangue		Vicryl Nº 4,0		NaCl 10%		Thiopental 1g
	Dreno Penrose Nº		Vicryl Nº 5,0		NaCl 20%		Thiopental
	Dreno de Sucção Nº		Vicryl Nº 6,0		Decradon		Narcan
	Dreno tórax kit Nº		Cat gut simples Nº 1,0		Dipirona		
	Urofix Sist. Aberto		Cat gut simples Nº 2,0		Dobutamina		**TAXA EQUIPAMENTO**
	Urofix Sist. Fechado		Cat gut simples Nº 3,0		Efortil		Bisturi elétrico
	Eletrodos		Cat gut simples Nº 4,0		Efedrina		Aspirador
	Lâmina de Bisturi Nº		Cat gut simples Nº 5,0		Furosemida		Ar comprimido
	Lâmina de Gilete		Cat gut simples Nº 6,0		Fenergan		Microscópio
	Luva Estéril Nº 7,0				Glicose 25%		RX em Sala
	Luva Estéril Nº 7,5		**FIOS SUTUPAK**		Glicose 50%		Monitor Cardíaco
	Luva Estéril Nº 8,0				Gentamicina		Oxímetro de Pulso
	Luva Estéril Nº 8,5				Gluconato de Cálcio		Carro de Anestesia
	Luva de Procedimento				Heparina		Oxigênio (h)
	Sonda de Folley				Nipride		
	Tubo Orotraqueal				Prostigimine		
	Cânula Traqueostomia		Cera de osso		Metoclopramida		
	Sonda Aspiração Nº				Queficin		
	Sonda Gástrica Nº				Sulfato de Magnésio		
					Solumedro		
					Diclofenato		

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome:					Nº do prontuário	
Idade:	Peso:	Altura:	Pressão:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:
Grupo Sanguíneo:		Hemoglobina:	Hematócrito:		Glicemia:	Uréia:
Urina:				Outros:		
Aparelho Respiratório:					Asma:	Bronquite:
Aparelho Circulatório:					Eletrocardiograma:	
Aparelho Digestivo:		Dentes:		Pescoço:	Aparelho Urinário:	
Estado Mental:		Ataráxicos:		Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:
Diagnóstico pré-operatório:					Estado Físico:	Risco:
Anestesia anteriores:						
Medicação pré-anestésica:					Aplicada às:	Efeito:
Antibiótico profilático:					Dose:	Hora:

HORÁRIO

AGENTES ANESTÉSICOS — 02

LÍQUIDOS

CÓDIGO
P. ARTERIAL: X-ANESTESIA P-PULSO R-RESPIRAÇÃO O-OPERAÇÃO

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40

X 20

Símbolos Anotações

Posição

INDUÇÃO: Satisfatória Excelente ☐ Tosse Lango Espasmos náuseas ☐ Lenta Vômito ☐

Outros: _____

MANUTENÇÃO: ANESTESIA SATISFATÓRIA ☐ SIM ☐ NÃO Porque? _____

MATERIAL CONSIGNADO HRLV _____

Material:

OBS.:

FALTAM PARAFUSOS	QUANT	NÚME.	FALTAM PLACAS	QUANT. FUROS
ESPO.☐ CORT.☐			TUBULAR:	
ESPO.☐ CORT.☐			ESTREITAS:	
ESPO.☐ CORT.☐			LARGA:	
ESPO.☐ CORT.☐			EM T:	
ESPO.☐ CORT.☐			L -DIREITA	
ESPO.☐ CORT.☐			L -ESQUERD	
ESPO.☐ CORT.☐			DHS	
ESPO.☐ CORT.☐			DCS	
ESPO.☐ CORT.☐			DESLIZANTE	
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				

Higienizado por:_____
Preparado por:_____
Data : ___/___/____
Validade: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO

CONFERIDO POR: _____

MATERIAL CONSIGNADO HRLV

_____

Material:

OBS.:

FALTAM PARAFUSOS	QUANT	NÚME.	FALTAM PLACAS	QUANT. FUROS
ESPO.☐ CORT.☐			TUBULAR:	
ESPO.☐ CORT.☐			ESTREITAS:	
ESPO.☐ CORT.☐			LARGA:	
ESPO.☐ CORT.☐			EM T:	
ESPO.☐ CORT.☐			L -DIREITA	
ESPO.☐ CORT.☐			L -ESQUERD	
ESPO.☐ CORT.☐			DHS	
ESPO.☐ CORT.☐			DCS	
ESPO.☐ CORT.☐			DESLIZANTE	
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				
ESPO.☐ CORT.☐				

Higienizado por:_____
Preparado por:_____
Data : ___/___/____
Validade: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO

CONFERIDO POR:_____

Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

CAIXA 01 - Básica Médica

N°	MATERIAL	TAMANHO	QUANT
01	Afastador Farabeuf	G/P	03 pares
02	Cabo Bisturi	N° 03 e N° 04	02
03	Porta Agulha Mayo - Hegar	Variados	02
04	Pinça Allis	Variados	05
05	Pinça Foester	Variados	01
06	Pinça Kocher Curva e Reta	Variados	04
08	Pinça Dissecção Anatômica	25 cm	02
09	Pinça Dissecção c/ Dente de Rato	Variados	02
10	Pinça Backhaus	11cm	06
11	Pinça Kelly Curva	16cm	04
12	Pinça Kelly Reta	16cm	04
13	Pinça Halsted Mosquito Reto	12cm	04
14	Pinça Halsted Mosquito Curva	12cm	04
15	Pinça Collin Coração	16cm	01
16	Pinça Rochester Ochsner Curva	24cm	01
17	Pinça Babcock	20cm	01
18	Pinça Mixter	23cm	01
19	Pinça Cheron	25cm	01
20	Pinça Faure Curva	20cm	02
21	Pinça Museux Reta	24cm	01
22	Pinça Pozzi	25cm	01
23	Tesoura Mayo Stelle / Metzenbaum	Variados	03
24	Tentacânula	16cm	01

Validade:____/____/____
Preparado por:_____
Esterilizado por:_____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR:_____

Hospital de Urgências e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

Material:_____
Data:_____
Val.:_____
Resp.:_____

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO

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

PROCEDÊNCIA: _____ LEITO:_____ HORA:_____

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

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Alergia: ( ) Sim Não ( ) - Cirurgias Anteriores: ( ) Sim Não ( ) - Hipertenso: ( ) Sim Não ( )
Diabetes: ( ) Sim Não ( ) - Dislipidemias: ( ) Sim Não ( ) - Tabagismo: ( ) Sim Não ( )
Medicações em uso: ( ) Sim Não ( ) - Quais?_____
Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): ( ) Sim Não ( ) Qual?_____

PREPARO

	HORÁRIO		HORÁRIO
Jejum		Retirada de Esmaltes / Óculos / Outros	
Tricotomia		Antibiótica Profilaxia	
Preparo da Pele		Medicações Pré-Anestésica	
Lavagem Intestinal		Avaliação Cardiológica	
Retirada de Próteses Dentária/ Lentes		Avaliação Clínica-Médica	

EXAMES

Avaliação Pré-Anestésica: ( ) Sim Não ( )
Avaliação Cardiológica: ( ) Sim Não ( )
Tomografia: ( ) Sim Não ( )
Ressonância: ( ) Sim Não ( )
RX: ( ) Sim Não ( )
Exames Laboratoriais: ( ) Sim Não ( )
Quais?_____
Outros / Quais?_____

ESTADO NEUROLÓGICO

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

PELE E ANEXOS

Sem alterações ( ) Edema ( ) Ictéricia ( ) Hematoma ( ) Cianose ( ) Enfisema ( ) Palidez ( )
PA (mmHg):_____ FC (bpm):_____ R (incrm):_____ Tax (°C):_____

_____ Técnico em Enfermagem

_____ Enfermagem

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

_____ Técnico em Enfermagem

Encaminhado para S.O / Hora:_____:_____h

(37)V

TRANS-OPERATÓRIO

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

Cirurgia Proposta: _____

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

Anestesista:_____

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

Instrumentador:_____ Circulante:_____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

ANESTESIA

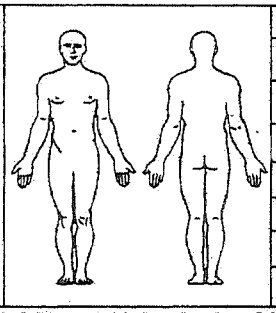
Sedação ( ) Local ( ) Raque ( ) Bloq. Plexo ( ) Peridural ( ) Peridural Contínua ( )
Geral Venosa ( ) Geral Inalatória ( ) Geral Combinada ( ) Bloq. Bieer ( )

EQUIPAMENTOS USADOS

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

POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

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



LEGENDA

△	Placa de Bisturi
⬭	Monitoriazação Cardíaca
✦	Incisão Cirúrgica
▭	Garrote Pneumático/Smarch
⬭	Sonda Vesical
⇨	Venóclise
⇩	Tubos e Drenos

QUANTIDADES DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚGICAS

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

INVISA	Evolução de Enfermagem UTI	DATA: ___/___/___ DIH: ____	GOVERNO DO MARANHÃO

38 F

Identificacao do paciente: _____ Registro:_____

1. Regulação neurologica:

☐ Orientando ☐ Confuso ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Calmo ☐ Torposo ☐ Comatoso ☐ Sedado ☐ Outros

Escala de coma de Glasgow: _____(Total)

Abertura ocular	Resposta motora	Resposta verbal
4. Espontânea	**6. Obedece ao comando**	**5. Orientado**
3. Ao comando Verbal	**5. localiza dor**	**4. Desorientado e conversando**
2. À dor	**4. Flexão inespecifica**	**3. Palavras inapropriadas**
1. Ausente	**3.Flexão hipertônica**	**2.Sons incompreensíveis**
	2. Extensão hipertônica	**1. Sem resposta**
	1. Sem resposta	

Escala de Richmond de Agitacão-sedacão-RASS:

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

Sedação: ( ) não ( ) sim, qual: ( ) fentanil ( ) midazolam ( ) propofol ( ) outro_____

3. Sono e repouso:
☐ Preservado Inadequado _____

4. Regulação térmica:
☐ Afebril_____ ºC ☐ Subfebril_____ºC ☐ Febril_____ºC ☐ Hipotérmico _____ºC

5. Coloração e hidratação da pele e das mucosas:
☐ Anictérico ☐ Ictérico _____ +/+4 ☐ Acianótico ☐ Cianótico ____ +/+4
☐ Corado ☐ Hipocorado_____ +/+4 ☐ Hidratado ☐ Desidratado ____+/+4

6. Cuidados corporal:
Higienização corporal: ☐ Adequada ☐ Inadequada: _____
Higienização bucal: ☐ Adequada ☐ Inadequada: _____

7. COONG (cabeça, olhos, nariz, garganta) e região cervical:
☐ PIC: _____mmHg ☐ PPC: _____mmHg
☐ DVE: ☐ Dreno: Tipo: _____
Pulpilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocoricas ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Discóricas Diâmetro: _____cm
Fotorreatividade pulpilar ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Lagoftalmia ☐ Nistagmo ☐ Ptose palpebral ☐ Edema Palpebral_____
☐ Otorragia ☐ Otorreia ☐ Aparelho auditivo
☐ Desvio de septo_____ ☐ Epistaxe ☐ BAN ☐ SNE(SOE) ☐ SNG(SOG) ☐ Cânula nasal
☐ TOT ☐ TQT cânula Guedel ☐ Combitude ☐ Máscara Laringea ☐ Protese dentaria
☐ Outro_____

8. Nutrição:
Tipo:_____ Aceitação: ☐ Adequada ☐ Inadequada_____
Via: ☐ VO ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Fluxo:_____ml\h ☐ Restrição hidrica:_____
Estase: ☐ Ausente ☐ Presente: Volume_____ ☐ Suspensa: motivo:_____ml\dia

9. Tórax
☐ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Tonel ☐ Peito de pombo ☐ Peito escavado ☐ Cifoescoliose ☐ Outros:_____

10. Oxigenação:
☐ Frequência respiratoria:_____irpm SatO2_____% ETCO2_____%
☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Padrão Cheyne-Stokes ☐ Padrão Kussmaul ☐ Padrão Biot
☐ MVF s\RA ☐ MV diminuindo à direita ☐ MV diminundo à esquerda
☐ Roncos_____ ☐ Sibilios _____ ☐ Crepitações_____ ☐ Atrito pleural_____
☐ Ar ambiente
☐ Dispositivos de assistencia: ☐ Cateter nasal_____l\min ☐ Macronebulização____l\min ☐ Micronebulização_____/_____h
☐ Mascara de \venturi - Concentração_____% ☐ Máscar com reservatorio ☐ VNI Puft:_____/_____h
☐ Vm: Tipo:_____ VC _____ VM_____ PEEP:_____ PS:_____ FiO2:_____
Descrição da sereção traqueal:_____

38

11. Regulação vascular:

Frequencia Cardiaca: _____bpm ☐ PAM_____mmHg ☐ PA_____mmHg ☐ PIA_____mmHg ☐ PPC_____mmHg

☐ Normocárdico ☐ Bradicárdio ☐ Taquicárdio

☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Pulso: ☐ Cheio ☐ Filiforme ☐ Rítmico ☐ Arrítimico

Ausculta: ☐ BNRNF ☐ B3+ ☐ B4+ ☐ Desdobramento de segunda bulha

☐ Sopros: ☐ Tipo:_____ grau_____/+4

Arritmias: ☐ FA ☐ TPSV ☐ TV ☐ FV ☐ BAV_____grau ☐ Outros:_____

☐ Marca-passo:_____

12. Regulação abdominal:

☐ Normotenso ☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Outros:_____

Ruidos hidroaéreos: ☐ Presentes ☐ Diminuídos ☐ Hiperativos ☐ Ausentes

Timpanismo: ☐ Presentes ☐ Diminuídos ☐ Ausentes

Abaulamentos/visceromegalias: ☐ Ausentes ☐ Presentes: Locail(is)_____

Gastrostomia ☐ jejunostomia ☐ Ileostomia

13. Genitalia:

☐ Integridade preservada ☐ Integridade comprometida Cite:_____

14.Eliminação urimária:

☐ Espontânea ☐ Estimulada: ☐ Volume:_____ ☐ Medicamento:_____

☐ Coletor ☐ Fralda ☐ SVD ☐ SVA____/_____h ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia ☐ Ureterostomia

Quantidade:_____ ☐ Aspecto: ☐ Fisologico ☐ Concentrado ☐ Hematúria ☐ Colúria ☐ Piúria ☐ Outros_____

Balanço hidrico: 18: ____ 06: ____ total 24hrs: _____

15. Eliminação intestinal:

☐ Presente Aspecto: ☐ Consistente ☐ Pastosa ☐ Liquido-pastosa ☐ Liquida ☐ Outros:_____

☐ Ausente Quantos dias?_____ ☐ Conduta_____

☐ Colistomia Aspecto_____

16.MMSS E MMI:

☐ Paresia_____ ☐ Plegia_____ ☐ Paraplegia ☐ Tetraplegia ☐ Parestesia ☐ Fistula arteriovenosa(FAV):local_____

Edema ☐ Ausente ☐ Presente: Local_____

Perfusão capilar ☐ Adequada (até 3 s) ☐ Diminuida: Local_____

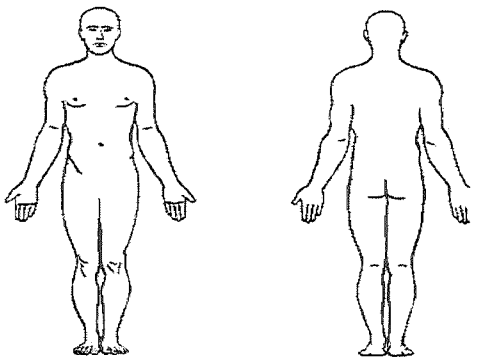
Cianose periferica ☐ Ausente ☐ Presente: Local_____

17. Integridade fisica (cutaneomucosa)

☐ Preservada ☐ Comprometida:

Locail(is) da(s) lesão(ões)/Caracteristicas da(s) lesão(ões)/Curativo(s):_____

24.Ocorrências durante o plantão



INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

(39) E

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome:_____ **Leito:**_____

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

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

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

Motivo da Hospitalização/Queixa Principal:_____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Cirurgias Anteriores:	☐ **Não**	☐ **Sim/Quais?**_____
Cardiopatias:	☐ **Não**	☐ **Sim/Quais?**_____
Diabetes:	☐ **Não**	☐ **Sim**
Hipertensão:	☐ **Não**	☐ **Sim**
Tabagismo:	☐ **Não**	☐ **Sim - Cig/dia**_____
Etilismo:	☐ **Não**	☐ **Sim**
Alergia:	☐ **Não**	☐ **Sim/Medicação**_____
Medicamentos em uso:	☐ **Não**	☐ **Sim/Quais?**_____

II - EXAME FÍSICO

Neurológico: ☐ **Consciente** ☐ **Orientado** ☐ **Confuso** ☐ **Agitado** ☐ **Incosciente**

Outros:_____

ESCALAS DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	
Espontânea	4
Atende Ordem Verbal	3
Resposta à Dor	2
Ausência de Resposta	1

RESPOSTA VERBAL	
Orientado	5
Confuso	4
Palavras Inapropriadas	3
Sons Incompreensíveis	2
Ausência de Resposta	1

RESPOSTA MOTORA	
Obedece a Ordens	6
Localiza Dor	5
Retira Membro mas não localiza Dor	4
Decorticação ao Estímulo Doloroso	3
Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
Ausência de Resposta	1
TOTAL =	

VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW		
3 a 8	- Traumatismo Grave:	Coma Grave
9 a 12	- Traumatismo Modereado:	Coma Leve
12 a 15	- Traumatismo Leve:	Não há Coma

Pupilas ☐ **Isocóricas** ☐ **Anisocóricas** ☐ **D>E** ☐ **E>D** ☐ **Fotorreagentes**

CABEÇA E PESCOÇO

Couro Cabeludo: ☐ **Sem Alteração** ☐ **Alopecia** ☐ **Cicatriz** ☐ **Lesão** ☐ **Fontanela**

Obs.:_____

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

☐ **Deficiência Visual/Qual?**_____

Nariz: ☐ **Sem Alterações** ☐ **Epistaxe** ☐ **Obstrução** ☐ **Obs.:**_____

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

☐ **Disfagia** ☐ **Dislalia** ☐ **Afasia** ☐ **Gânglios Local:**_____

Mucosa: ☐ **Corada** ☐ **Descorada** ☐ **Gânglios Local** ☐ **Desidratada** **Obs.:**_____

Pescoço: ☐ **Sem Alteração** ☐ **Rigidez de Nuca** ☐ **Gânglios** ☐ **Turgência de Jugulares**

Obs.:

PELE E ANEXOS

☐ Sem alteração ☐ Ictericia ☐ Cianose ☐ Palidez ☐ Turgor ☐ Edema_____
☐ Hematoma _____ ☐ Úlcera de Decúbito_____
☐ Enfisema_____ ☐ Incisão Cirúrgica/Local?_____

MÚSCULO E ESQUELETO

Muscular: ☐ Sem alteraçãoes ☐ Mialgia
Membros: ☐ Piagia_____ ☐ Paresia_____ ☐ Parestesia_____
Esquelético: ☐ Sem alterações ☐ Lordose ☐ Cifose ☐ Escoliose
☐ Tração / Placas / Pinos. Local?_____
☐ Locomoção Prejudicada_____

TÓRAX

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

CARDIOVASCULAR

Frequencia Cardíaca: ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdiaco ☐ Taquicárdico
Pulsos Periféricos: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Rítmico ☐ Arrítmico
Rede Venosa Periférica: ☐ Normal ☐ Fragilidade capilar ☐ Perfusão_____
Obs.:_____

GASTROINTESTINAL

Abdome: ☐ Plano ☐ Distendido ☐ Globuloso Timpânico ☐ RHA Presente ☐ Doloroso
☐ Vômitos_____/dia ☐ Hematêmese ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐ Colostomia
☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ Drenos_____
Obs.:_____
Hábito Instestinal: ☐ Frequência _____/dia ☐ Flatulência ☐ Obstipação ☐ Diarréia_____/dia

URINÁRIO

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

GENITAL

Feminino: ☐ Sem alteração ☐ Leucorréia ☐ Amenorréia ☐ Menopausa
☐ DST_____ outros:_____
Masculino: ☐ Sem alteração ☐ Presença de Secreção_____
☐ Edema ☐ DST_____ ☐ outros_____
Períneo: ☐ Sem alteração ☐ Hiperemia ☐ Lesão

DOR

Localização:_____
Tipo:_____

III - CONDUTA NA ADMISSÃO

_____
_____
_____

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

CX. CURATIVO SIMPLES

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

9* CAIXA DE GRANDES OSSOS CME/ HRLV

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

Conferido por:_____ Data:_____

Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

LAP CIRÚRGICO

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

Preparado por:_____

Data:_____ **Turno:**_____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA: /VAL.:

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA: /VAL.:

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA: /VAL.:

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA: /VAL.:

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA: /VAL.:

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

(44)

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

_

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

_

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

_

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

_

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

_

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

(45)

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PARA SUTURA

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

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

DATA:_____/VAL.:_____