Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO Nº 158/2020/MA

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, torna público que no período de **16/07/2020 a 22/07/2020**, 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 Regional Dra Laura Vasconcelos , em 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 **16/07/2020 a 22/07/2020.**

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 o hospital Regional Dra Laura Vasconcelos, em Bacabal, no 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. O preço estabelecido nesta cláusula será pago em até **30** (trinta) dias, mediante recebimento na Unidade e/ ou prestação de serviço pela **CONTRATADA** observadas as disposições que se seguem

7.5 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, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para a entrega através dos telefones: 99 3621-2784, 99 3621-3244, 99 3621-2394, 99 3621-1740.

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.

10.2. Nos casos que se fizerem necessários a compra será realizada acima da quantidade máxima, conforme justificativa de aumento de perfil da unidade. Será utilizado o valor cotado no Ato Convocatório, podendo a CONTRATANTE negociar o valor com a CONTRATADA, devido ao aumento na quantidade a ser comprada e quando não houver negociação a CONTRATANTE poderá negociar com os demais fornecedores participantes da cotação a fim de obter melhor preço. Os fornecedores deverão enviar resposta em até 24 (vinte e quatro) horas, devido a urgência da unidade.

10.3. O quantitativo do pedido será entre a quantidade mínima e máxima. As entregas deverão ser de 100% até a primeira semana dos referidos meses.

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) dia útil anterior à data final para recebimento das propostas.

18. O setor de compras do INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA receberá os e-mails e acusará o recebimento da documentação enviada por meio eletrônico, no prazo de até 24 horas após a finalização do ATO Convocatório, exceto, final de semana e/ ou feriado, que será no próximo dia útil**. CASO NÃO RECEBA A CONFIRMAÇÃO NO PRAZO ESTABELECIDO, ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS IMEDIATAMENTE no Tel. : (22) 3851-2901 PARA SOLUCIONAR O PROBLEMA.**

19. 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.

20. 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.

21. As Notas Fiscais emitidas deverão ter a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação " ESSA DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/SES", obrigatoriamente, e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal 05.997.585.0008/56 (Filial INVISA).

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

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

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

25. 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.

25.1. Permanecendo o empate, será considerado a primeira proposta que for enviada, com os novos valores;

25.2. Nos casos em que nenhum dos participantes tenha como diminuir o valor, será considerada a proposta inicial que foi enviada primeiro no **ATO CONVOCATÓRIO**;

25.3. Caso o envio do desempate for enviado após 24 horas, será considerada a proposta que foi enviada dentro do prazo estabelecido.

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

27. 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.

28. 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.

29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 horas, e/ ou justificativas novo prazo, condicionado ao aceite ou não pelo setor de compras.

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

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

32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da Contratante, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem.

33. No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2016/SES** firmado entre a **Contratante** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se- á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

34. 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, 16 de julho de 2020.

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
INVISA – Instituto Vida e Saúde

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

1. TERMO DE REFERÊNCIA:

1.1. As quantidades, constantes no Anexo I, são estimativa de consumo.

1.2. Os Blocos deverão conter 100 Folhas.

ITEM	CÓDIGO	MATERIAL GRÁFICO	QUANTIDADE MENSAL
1	4275	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 23 QUANT. MAX. 35
2	4276	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO, 14,8X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
3	4277	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, PEDIDO DE MATERIAL, 14,8X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
4	4278	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
5	4279	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
6	4280	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
7	4281	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
8	4282	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 25 QUANT. MAX. 41
9	4283	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 20 QUANT. MAX. 31
10	4284	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX.13
11	4285	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
12	4286	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
13	4287	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 15 QUANT. MAX. 25
14	4288	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ENTREVISTA SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
15	4289	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
16	4290	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
17	4291	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 07 QUANT. MAX. 08

18	4292	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
19	4293	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA ODONTOLÓGICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
20	4294	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
21	4295	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
22	4296	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
23	4297	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
24	4298	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BALANÇO HÍDRICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
25	4299	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
26	4300	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
27	4301	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 11 QUANT. MAX. 15
28	4302	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 07 QUANT. MAX. 09
29	4303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 09 QUANT. MAX. 13
30	4304	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 09 QUANT. MAX. 13
31	4305	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, GASTO DE MATERIAL E MADICAMENTO, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 05 QUANT. MAX. 08
32	4306	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ANESTESISTA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 05 QUANT. MAX. 08
33	4307	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, MATERIAL CONSIGNADO (NOVO), 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 08 QUANT. MAX.10
34	4308	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, BÁSICA MÉDICA (NOVO), 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 08 QUANT. MAX.10
35	4309	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE MATERIAL, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 600 QUANT. MAX. 900
36	4310	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
37	4311	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SAEP 3 E 4. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
38	4312	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
39	4313	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
40	4314	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO , 14,80X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 23 QUANT. MAX. 35

41	4315	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO, 29,7X21CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 05 QUANT. MAX. 08
42	4316	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA CARTAO DE ALIMENTAÇÃO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 450 QUANT. MAX. 700
43	4317	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DO ARSENAL CME, 29,7X21CM (FRENTE E COSTA)	QUANT. MIN. 05 QUANT. MAX. 08
44	4318	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 05 QUANT. MAX. 08
45	4319	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CLICO DE AUTOCLAVE, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
46	4320	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONSUMO DE MATERIAL E CURATIVO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
47	4021	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONSUMO DE MATERIAL DE GESSO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
48	4322	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA (COLANTE PEDIDO DE BOLSA, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
49	4323	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
50	4324	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 10 QUANT. MAX. 13
51	4325	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FORMULÁRIO DE TRANSPORTE DE PACIENTE, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
52	4326	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO PSICOTROPICO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 04 QUANT. MAX. 08
53	4327	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, MAPA CCIH, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 01 QUANT. MAX. 08
54	4328	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 01 QUANT. MAX. 08
55	4329	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONFIRMAÇÃO DE DISPOSITIVO, 10X7CM (FRENTE)	QUANT. MIN. 01 QUANT. MAX. 08

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 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

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

[CIDADE], XX de XX de XXXX.

PROPONENTE
(ASSINATURA E CARIMBO CNPJ)

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

_____

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

_____/_____/_____ a _____/_____/_____

que se encontra sob meus cuidados.

CID:_____

BACABAL/MA, _____/_____/_____

_____
Assinatura Médico - CRM

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

ATESTADO MÉDICO

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

_____

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

_____/_____/_____ a _____/_____/_____

que se encontra sob meus cuidados.

CID:_____

BACABAL/MA, _____/_____/_____

_____
Assinatura Médico - CRM

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

AVISO DE CIRURGIA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica	Categoria		Data		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	☐ 1000 ml	☐ 2000 ml	☐ UTI. O. Sim		☐ Não
Médico	Enfermeiro(a)		Marcado em _____/_____/_____		

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

AVISO DE CIRURGIA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica	Categoria		Data		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	☐ 1000 ml	☐ 2000 ml	☐ UTI. O. Sim		☐ Não
Médico	Enfermeiro(a)		Marcado em _____/_____/_____		

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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

NOME:	LEITO:	DATA:

INVISA

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				GLIC	SAT															MD
	FC	FR	TAX	PA			VO/SNE	PLASMA	SANGUE	MEDIC	RINGER	SF	SG					DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.
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 DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME:____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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 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:_____

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:
P-PULSO
R-RESPIRAÇÃO
X-ANESTESIA
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?_____

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

HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS - BACABAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuári o: _____ **CNS:** _____ **Data de Nasci mento:** _____ **Sexo:** _____

Nome: _____ **Estado Ci vi l:** _____ **Cor:** _____

Idade: _____ **Mãe:** _____ **Pai :** _____

Endereço: _____ **Núm:** _____ **Bai rro:** _____

Ci dade: _____ **UF:** ____ **Fone:** _____ **Celular:** _____

Registro:
Data:
Hora:

Médi co: _____ **Especi ali dade:** CLINICA MEDICA **Clíni ca:** MEDICA

Procedi mento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

SIA/SUS: 0301060061 **Modali dade:** HOSPITALAR **Carater:** URGENCIA

_____
Assinatura do Paciente

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ **Vermelho** ☐ **Amarelo** ☐ **Verde** ☐ **Azul**

Quei xas: _____

_____

Pressão Arteri al:	**Pulso:**	**Temperatura:**	**Freq. Respi rat.:**	**Peso:**	**Altura:**	**SAT 02:**	**HGT:**

Alergi as: _____ **Hora:** _____

Medi cação em Uso: _____

Doenças pré-exi stentes: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC **Outras:** _____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

_____

_____

_____

Hi pótese Di agnósti ca: _____

Prescri ção: _____

_____

_____

_____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

Saída do Paci ente:

☐ **Deci são Profi ssi onal** ☐ **A Reveli a** ☐ **A Pedi do**

☐ **Internacão** _____

☐ **Removi do** _____

☐ **óbi to** **Data:** _____ **Hora:** _____

Para óbi to:

☐ **Antes de 24h**

Desti no do Corpo:

☐ **Famíli a** ☐ **IML** ☐ **Anatomi a Patológi ca**

Data: _____ **Hora:** _____

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Nome:_____ HORA INÍCIO:_____ DATA

Data de Nascimento:_____/_____/_____ HORA TÉRMINO:_____ _____/_____/_____

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

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?_____

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?
_____
_____
_____

Anestesiologia	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura
_____ Hora	_____ Hora	_____ Hora

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

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**

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

CHECK LIST DO ARSENAL DO CME DATA_____

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

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

TÉC.:_____ Enfermeiro(a) CME:_____

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

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

CHECK - LIST: ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

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

_____
ESCRITURÁRIO

DATA: _____/_____/_____

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

CICLO DE AUTOCLAVE

DATA	CICLO	MATERIAIS PRINCIPAIS	HORA DE ENTRADA	HORA DE SAÍDA	RESPONSÁVEL

GOVERNO DO MARANHÃO GOVERNO DE TODOS NÓS	**HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS** **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**	INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO/CONFIRMAÇÃO DE TROCA DE DISPOSITIVOS

OBSERVAÇÃO
DATA _____/_____/_____

LEITO	AVP	CVC	SVD	OBS
01				
02				
03				
04				
05				
06				

LEITOS EXTRA	AVP	CVC	SVD	OBS
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

ENF. RESP. ALA A	RESPONSÁVEIS PELA SUPERVISÃO CCIH	ENF. RESP. ALA B

OBSERVAÇÕES:

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO/CONFIRMAÇÃO DE TROCA DE DISPOSITIVOS

ALA A DATA: _____/_____/_____

LEITO	AVP	CVC	SNE	SVD	TQT	OUTRO	OBS
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
TOTAL							

ALA B DATA: _____/_____/_____

LEITO	AVP	CVC	SNE	SVD	TQT	OUTRO	OBS
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
TOTAL							

ENF. RESP. ALA A

RESPONSÁVEIS PELA SUPERVISÃO CCIH

ENF. RESP. ALA B

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

CONSUMO MATERIAL CURATIVO

Nome paciente:			
Prontuário nº:			Data da operação:
Cirurgia:			Tipo de anestesia:
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA DE CURATIVO			
Quantidade	**Material**	**Quantidade**	**Material**
			Fios e agulhas
	Micropória		Polycot nº 2,0
	Esparadrapo		Polycot nº 3,0
	Gases		Polycot nº 4,0
	Clorexidina Degermante2%		Polycot nº 5,0
	Praca Algimato		Polycot nº 6,0
	Água destilada		Vicryl nº 1,0
	Água para injeção 500 ml		Vicryl nº 2,0
	Soro fisiológico 9% 100 ml		Vicryl nº 3,0
	Soro fisiológico 9% 250 ml		Vicryl nº 4,0
	Soro fisiológico 9% 500 m		Vicryl nº 5,0
	Adrenalina		Vicryl nº 6,0
	Atadura 10 cm		Cat gut simples nº 1,0
	Atadura 20 cm		Cat gut simples nº 2,0
	Atadura 30 cm		Cat gut simples nº 3,0
	Luva de procedimento (Par)		Cat gut simples nº 4,0
	Luva estéril nº 7,0		Cat gut simples nº 5,0
	Luva estéril nº 7,5		Cat gut simples nº 6,0
	Luva estéril nº 8,0		
	Luva estéril nº 8,5		
	Lâmina de bisturi nº_____		
	Agulha 13x4,5		
	Agulha 25x7		
	Agulha 30x7		
	Agulha 30x8		
	Agulha 40x12		
	Agulha de raque nº_____		
	Seringa 1 ml		
	Seringa 3 ml		
	Seringa 5 ml		
	Seringa 10 ml		
	Seringa 20 ml		
	Seringa 50 ml		
	Álcool 70%		
	Álcool 90%		
	PVPI Tópico		
	PVPI Degermante		
	Mononylon nº 0		
	Mononylon nº 1,0		
	Mononylon nº 2,0		
	Mononylon nº 3,0		
	Mononylon nº 4,0		
	Mononylon nº 5,0		
	Mononylon nº 6,0		

_____
Técnico responsável

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

Nome Paciente:	
Prontuário nº:	**Data da Operação:**
Cirurgia:	**Tipo de Anestesia:**

RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA DE GESSO

Quant.	MATERIAL
	ATADURA
	Atadura Gessada de 20 cm
	Atadura Gessada de 15 cm
	Atadura Gessada de 10 cm
	Atadura Gessada de 8 cm
	Atadura Crepom de 25 cm
	Atadura Crepom de 20 cm
	Atadura Crepom de 15 cm
	Atadura Crepom de 10 cm
	Atadura Crepom de 8 cm
	Salto para bota gessada
	ALGODÃO ORTOPÉDICO
	Algodão Ortopédico de 20 cm
	Algodão Ortopédico de 15 cm
	Algodão Ortopédico de 10 cm
	MALHA TUBULAR
	Malha Tubular de 20 cm
	Malha Tubular de 15 cm
	Malha Tubular de 10 cm
	SOROS
	Fisiológico 100ml
	Fisiológico 250ml
	Fisiológico 500ml
	Água Destilada
	Lâmina de Bisturi de 24
	Esparadrapo 10 cm
	Luva Estéril nº 7.0
	Luva Estéril nº 7.5
	Luva Estéril nº 8.0
	Luva Estéril nº 8.5
	Micropore

Observação	_____ **Técnico Responsável**

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

ENTREVISTA SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO

NOME:	MASC ☐	FEM ☐
ENDEREÇO:		
TELEFONE:	DATA DE NASCIMENTO _____/_____/_____	
IDADE:	NATURALIDADE / UF	CARTÃO 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 TRANSFERENCIA:	DATA DO ÓBITO:

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

CARTÃO ALIMENTAÇÃO

CAFÉ

LEITO 01

Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

Material:_____

Data:_____

Val.:_____

Resp.:_____

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova de Compatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

☐ Coombs Indireto P.A.I (Receptor) ☐ Negativo ☐ Positivo

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova de Compatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

☐ Coombs Indireto P.A.I (Receptor) ☐ Negativo ☐ Positivo

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova de Compatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

☐ Coombs Indireto P.A.I (Receptor) ☐ Negativo ☐ Positivo

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇAO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova de Compatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

☐ Coombs Indireto P.A.I (Receptor) ☐ Negativo ☐ Positivo

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

INVISA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇAO DE BOLSA

1 – Nome Completo

2 – Nº do Hemocomponente e Grupo Sanguíneo

3 – Localização do Paciente

4 – Grupo ABO e fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 – Prova de Compatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

☐ Coombs Indireto P.A.I (Receptor) ☐ Negativo ☐ Positivo

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

DATA DE ATENDIMENTO : ____/____/____ **CID (DIAGNóSTICO):** _____

LOCALIZAÇÃO: _____ **LEITO:** _____ **GRUPO SANGUÍNEO:** _____**FATOR RH:**____

Nº PRONTUÁRIO/ REGISTRO HOSPITALAR: _____ **CNS USUÁRIO (SUS)**: _____

NOME:_____

_____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____ **SEXO**: _____ **RAÇA**: _____

ENDEREÇO:_____ **Nº**_____

BAIRRO:_____ **CIDADE**: _____ **ESTADO**:_____ **CEP**: _____

TELEFONE: ( )_____ **E-MAIL** : _____

Obs.: 1: PARA CAMPO "RAÇA", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTES LEGENDAS: 01 – BRANCA; 02-PRETA; 03-PARDA; 04-AMARELA; 05-INDÍGENA; 06-SEM INFORMAÇÃO.

Obs.: 2: PARA CAMPO "SEXO", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTES LEGENDAS: F-FEMININO; M-MASCULINO

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

DATA DE ATENDIMENTO : ____/____/____ **CID (DIAGNóSTICO):** _____

LOCALIZAÇÃO: _____ **LEITO:** _____ **GRUPO SANGUÍNEO:** _____**FATOR RH:**____

Nº PRONTUÁRIO/ REGISTRO HOSPITALAR: _____ **CNS USUÁRIO (SUS)**: _____

NOME:_____

_____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____ **SEXO**: _____ **RAÇA**: _____

ENDEREÇO:_____ **Nº**_____

BAIRRO:_____ **CIDADE**: _____ **ESTADO**:_____ **CEP**: _____

TELEFONE: ( )_____ **E-MAIL** : _____

Obs.: 1: PARA CAMPO "RAÇA", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTES LEGENDAS: 01 – BRANCA; 02-PRETA; 03-PARDA; 04-AMARELA; 05-INDÍGENA; 06-SEM INFORMAÇÃO.

Obs.: 2: PARA CAMPO "SEXO", SERAO UTILIZADOS AS SEGUINTES LEGENDAS: F-FEMININO; M-MASCULINO

INVISA	Evolução de Enfermagem UTI	DATA: ___/___/___ DIH: _____	GOVERNO DO MARANHÃO GOVERNO DE TODOS NÓS

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 Agitação-sedação-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:_____

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:_____

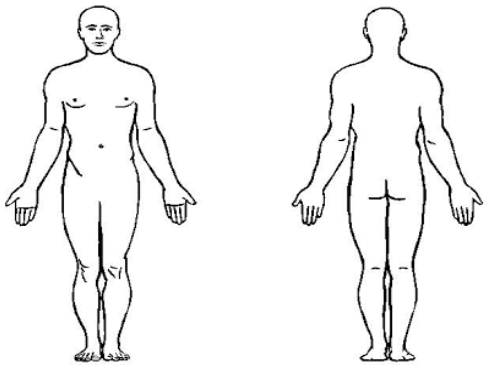
14.Eliminação urimária:
☐ Espontânea ☐ Estimulada: ☐ Volume:_____ ☐ Medicamento:_____
☐ Coletor ☐ Fralda ☐ SVD ☐ SVA____/_____h ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia ☐ Ureterostomia
Quantidade:_____ ☐ Aspecto: ☐ Fisologico ☐ Concentrado ☐ Hematúria ☐ Colúria ☐ Piúria ☐ Outros_____
Balanço hidrico: 18: ____ 06: ____ 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



Enfermeiro/COREN

INVISA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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 INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ( ) 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 ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 ABIDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANCA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 ABIDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANCA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 _____	

INVISA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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 INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA ( ) 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 ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 ABIDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANCA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 ABIDOMINAL ( ) DISTENSÃO ( ) DOR LOCAL ( ) TONTURA ( ) NAUSEAS ( ) CANSAÇO ( ) FEBRE ( ) EDEMA ( ) DEPRIMIDO ( ) OUTROS _____	( ) LIVRE ( ) BRANCA ( ) PASTOSA ( ) LIQUIDA ( ) HIPOGLICIDICA ( ) HIPOSSODICA ( ) 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 _____	

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

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

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 SOCIAL

Nome:_____Idade:_____

Diagnóstico:_____Enfermaria:_____ Leito:_____ Estado Civil:_____

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( ) Tranquilo ( ) Fala Desconexa ( ) Calmo ( ) Sono Normal ( ) Irritado ( ) Insônia ( ) Otimista ( ) Passividade ( ) Pessimista ( ) Agressividade ( ) Inquietação ( ) Ansiedade ( ) Alegria ( ) Mal humor ( ) Agitação ( ) Medo ( ) Luto ( ) Raiva ( ) Depressão ( ) Tristeza ( ) Estresse ( ) Angústia ( ) Impaciente	( ) Suporte Familiar ( ) Sem Suporte familiar ( ) Pct Com Boa Evolução ( ) Pct Sem queixas ( ) Pct Estável ( ) Pct Com Bom Estado Geral ( ) Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico ( ) Pct Aguarda Curativo ( ) Pct Segue em Repouso no Leito ( ) Pct Segue sem Alterações ( ) Pct com Boa Recuperação ( ) Pct Segue Grave		

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( ) Tranquilo ( ) Fala Desconexa ( ) Calmo ( ) Sono Normal ( ) Irritado ( ) Insônia ( ) Otimista ( ) Passividade ( ) Pessimista ( ) Agressividade ( ) Inquietação ( ) Ansiedade ( ) Alegria ( ) Mal humor ( ) Agitação ( ) Medo ( ) Luto ( ) Raiva ( ) Depressão ( ) Tristeza ( ) Estresse ( ) Angústia ( ) Impaciente	( ) Suporte Familiar ( ) Sem Suporte familiar ( ) Pct Com Boa Evolução ( ) Pct Sem queixas ( ) Pct Estável ( ) Pct Com Bom Estado Geral ( ) Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico ( ) Pct Aguarda Curativo ( ) Pct Segue em Repouso no Leito ( ) Pct Segue sem Alterações ( ) Pct com Boa Recuperação ( ) Pct Segue Grave		

Nome:_____Idade:_____

Diagnóstico:_____Enfermaria:_____ Leito:_____ Estado Civil:_____

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( ) Tranquilo ( ) Fala Desconexa ( ) Calmo ( ) Sono Normal ( ) Irritado ( ) Insônia ( ) Otimista ( ) Passividade ( ) Pessimista ( ) Agressividade ( ) Inquietação ( ) Ansiedade ( ) Alegria ( ) Mal humor ( ) Agitação ( ) Medo ( ) Luto ( ) Raiva ( ) Depressão ( ) Tristeza ( ) Estresse ( ) Angústia ( ) Impaciente	( ) Suporte Familiar ( ) Sem Suporte familiar ( ) Pct Com Boa Evolução ( ) Pct Sem queixas ( ) Pct Estável ( ) Pct Com Bom Estado Geral ( ) Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico ( ) Pct Aguarda Curativo ( ) Pct Segue em Repouso no Leito ( ) Pct Segue sem Alterações ( ) Pct com Boa Recuperação ( ) Pct Segue Grave		

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( ) Tranquilo ( ) Fala Desconexa ( ) Calmo ( ) Sono Normal ( ) Irritado ( ) Insônia ( ) Otimista ( ) Passividade ( ) Pessimista ( ) Agressividade ( ) Inquietação ( ) Ansiedade ( ) Alegria ( ) Mal humor ( ) Agitação ( ) Medo ( ) Luto ( ) Raiva ( ) Depressão ( ) Tristeza ( ) Estresse ( ) Angústia ( ) Impaciente	( ) Suporte Familiar ( ) Sem Suporte familiar ( ) Pct Com Boa Evolução ( ) Pct Sem queixas ( ) Pct Estável ( ) Pct Com Bom Estado Geral ( ) Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico ( ) Pct Aguarda Curativo ( ) Pct Segue em Repouso no Leito ( ) Pct Segue sem Alterações ( ) Pct com Boa Recuperação ( ) Pct Segue Grave		

DATA	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS/ PSICOLÓGICO-EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS E SOCIAL	INTERCORRÊNCIAS	CARIMBO/ PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( ) Tranquilo ( ) Fala Desconexa ( ) Calmo ( ) Sono Normal ( ) Irritado ( ) Insônia ( ) Otimista ( ) Passividade ( ) Pessimista ( ) Agressividade ( ) Inquietação ( ) Ansiedade ( ) Alegria ( ) Mal humor ( ) Agitação ( ) Medo ( ) Luto ( ) Raiva ( ) Depressão ( ) Tristeza ( ) Estresse ( ) Angústia ( ) Impaciente	( ) Suporte Familiar ( ) Sem Suporte familiar ( ) Pct Com Boa Evolução ( ) Pct Sem queixas ( ) Pct Estável ( ) Pct Com Bom Estado Geral ( ) Pct Aguarda Procedimento Cirúrgico ( ) Pct Aguarda Curativo ( ) Pct Segue em Repouso no Leito ( ) Pct Segue sem Alterações ( ) Pct com Boa Recuperação ( ) Pct Segue Grave		

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

NOME:____

ENFERMARIA:

LEITO:

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME:____

EVOLUÇÃO

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

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:_____ºC

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;

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

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

FICHA ODONTOLÓGICA

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

HISTÓRIA MÉDICA

Sinais vitais/ Alterações sistêmicas:

_____
_____
_____
_____

Medicações em uso:

_____
_____
_____

EXAME FÍSICO

EXTRABUCAL

Assimetria facial ( ) Ausente ( ) Presente

_____

Lesões cutâneas ( ) Ausente ( ) Presente

_____

Fístula extrabucal ( ) Ausente ( ) Presente

_____

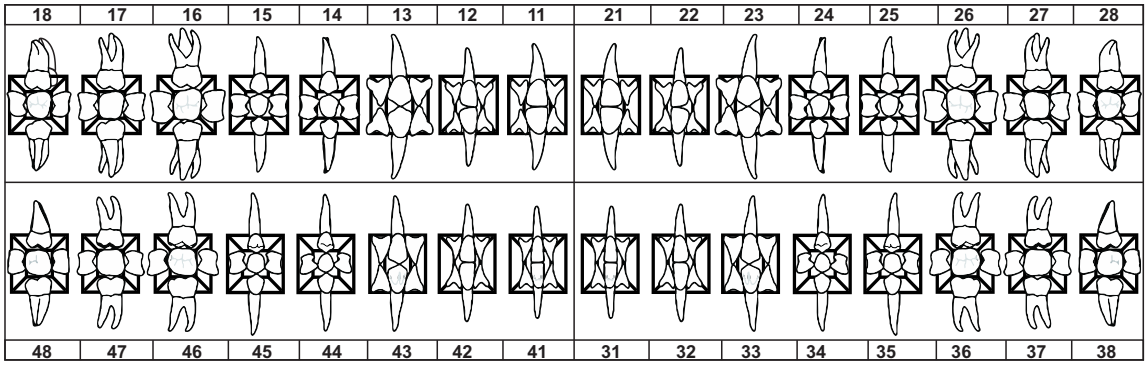
INTRABUCAL

Avaliação de alterações na mucosa:

Lábio superiro( ) 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_____
Orofiringe ( ) Ausente ( ) Presente_____
Glândulas salvares ( ) Ausente ( ) Presente_____
Rebordo alveolar ( ) Ausente ( )Presente_____
Fístula intrabucal ( ) Ausente ( ) Presente_____

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

ODONTOGRAMA



PRONTUÁRIO

Data/ Horário	Procedimento	Assinatura

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

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 ( ) Troca 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 ( ) Troca 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 ( ) Troca Stericath	

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

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 ( ) Troca 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 ( ) Troca 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 ( ) Troca Stericath	

FONOAUDIOLOGIA

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 BOL**O ( )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

GOVERNO DO MARANHÃO – GOVERNO DE TODOS NÓS	HOSPITAL REGIONAL Drª LAURA VASCONCELOS	INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE

FORMULÁRIO TRANSPORTE DE PACIENTE RESPONSÁVEL

1. IDENTIFICAÇÃO			
Paciente:			**Idade:**
Unidade de Origem:			**Leito:**
Unidade de Destino:			**Leito:**
Km saída:	**Km chegada:**	**Distância percorrida (km) :**	
Data de admissão:		**Retorno: ( ) sim**	**( ) não**
DIAGNÓSTICO:			
Transferência externa: ( ) Internação sem retorno		**( ) Avaliação com retorno programado**	
( ) Procedimento / exame agendado		**( ) Retorno agendado**	

2. CONDIÇÕES PARA O TRANSPORTE			
( ) consciente	**( ) inconsciente**	**( ) orientado**	**( ) confuso**
Isolamento: ( ) sim	**( ) não**	**Topo de isolamento:**	
( ) deambulando	**( ) sentado**		**( ) maca**
Necessite de acompanhante ( ) sim ( ) não		**Nome do acompanhante:**	
Grau de parentesco:		**Contato:**	

3. AVALIAÇÕES PARA O TRANSPORTE			
Verificar presença de:			
( ) SN ( ) SNE ( ) AVC ( ) AVP		**Jejum: ( ) sim**	**( ) não**
( ) Colostomia ( ) SVD ( ) Dreno		**Algum tipo de preparo: ( ) sim**	**( ) não**
( ) BIC. Volume:	**ml/h. Droga:**	**Qual:**	
Oxigenação: ( ) AA	**( ) 02 tipo:**	**vol**	**1/min**

4. SINAIS VITAIS
T : °C /P: bpm / R: irpm /PA.: / mmhg Sat.02: %

5. UNIDADE DE DESTINO	
Horário de Saída:	**Liberado por:**
Data de saída:	
Horário de Retorno:	**Recebido por:**
Data de retorno:	

6. UNIDADE DE ORIGEM	
Horário de Chegada:	**Recebido por:**
Data de chegada:	

SOCORRISTA:	**MOTOSIATA:**

INTERCORRÊNCIAS:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Hospital Regional Dra. Laura Vasconcelos

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

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

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

RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13 X 4,5		Surgicel		SOLUÇÕES		ANTIBIÓTICOS
	Agulha 25 X 7		Tela eprolene		Álcool a 70%		Ampicilina
	Agulha 30 x 7		Faixa smach nº		Álcool a 90%		Cefalotina
	Agulha 30 x 8		Compressa de Gazes		PVPI Tópico		Cefazolina
	Agulha 40 x 12		Gaze 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 500 ml
	Seringa 50ml				Xylocaína Gel		Glicosado 5% 250 ml
	Cateter Jelco nº 14		Mononylon nº 0		Xylocaína Spray		Glicosado 5% 500 ml
	Cateter Jelco nº 16		Mononylon nº 1,0		Xylocaína 2% S/V		Ringer Lactato 500 ml
	Cateter Jelco nº 18		Mononylon nº 2,0		Neocaína Pesada		Manitol
	Cateter Jelco nº 22		Mononylon nº 3,0		Neocaína 0,5% S/V		
	Cateter Jelco nº 24		Mononylon nº 4,0		Neocaína 0,5% C/V		PSICOTRÓPICOS
	Cateter Peridural		Mononylon nº 5,0				Midazolan 15mg
	Scalp nº 19		Mononylon nº 6,0		MEDICAMENTOS		Midazolan 50 mg
	Scalp nº 21		Polycot nº 1,0		Adrenalina		Domotidolossal
	Scalp nº 23		Polycot nº 2,0		Aminofilina		Fentanil frasco
	Scalp nº 25		Polycot nº 3,0		Atropina		Fentanil ampola
	Scalp nº 27		Polycot nº 4,0		Água Destilada		Propofol
	Equipo Inj. Lateral		Polycot nº 5,0		Buscopan		Halotano
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº 6,0		Cedilanide		Enflurano
	Equipo polifix 4 vias		Vicryl nº 1,0		Cortizonol 100mg		Isofurano
	Equipo Macrogotas		Vicryl nº 2,0		Cartozonol 500mg		Sevofurano 100mg
	Equipo Microgotas		Vicryl nº 3,0		Kcl		Sefurano 250 mg
	Equipo de Sangue		Vicryl nº 4,0		NaCl 10%		Thiopental 1g
	Dreno Penrose nº		Vicryl nº 5,0		NaCl 20%		Thiopental
	Dreno de Sucção nº		Vicryl nº 6,0		Decadron		Narcan
	Dreno tórax kit nº		Catgut simples nº 1,0		Dipirona		
	Urofix Sist. Aberto		Catgut simples nº 2,0		Dobutamina		TAXA EQUIPAMENTO
	Urofix Sist. Fechado		Catgut simples nº 3,0		Efortil		Bisturi elétrico
	Eletrodos		Catgut simples nº 4,0		Efedrina		Aspirador
	Lâmina de Bisturi nº		Catgut simples nº 5,0		Furosemida		Ar comprimido
	Lâmina de Gilete		Catgut simples nº 6,0		Fenergan		Microspópio
	Luva Estéril nº 7,0				Glcose 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				Glucanato de Cálcio		Carro de Anestesia
	Luva de Procedimento				Heparina		Oxigênio (h)
	Sonda de Foley				Nipride		
	Tubo Orotraqueal				Prostigimine		
	Cânula Traqueostomia		Cera de osso		Metoclopramida		
	Sonda Aspiração nº				Queficin		
	Sonda Gástrica nº				Sulfato de Magnésio		
					Solumedro		
					Diclofenaco		

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

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:_____

SUS — 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 — Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

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)

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 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34-CID10 PRINCIPAL

35-CID10 SECUNDÁRIO

36-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39-DATA DA SOLICITAÇÃO

42-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO — ( ) CNS ( ) CPF

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO — ( ) CNS ( ) CPF

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

47-DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

MAPA DIÁRIO - CCIH

PACIENTES EM OBSERVAÇÃO										
NOME	SWAB NASAL	SWAB RETAL	URO	HEMO	SEC. TRAQUEAL	OUTRAS SECREÇÕES	ATB EM USO	MUDANÇA DE ATB	OUTRAS INFECÇÕES	ANTIBIOGRAMA

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

MAPA DIÁRIO - CCIH

VISITA DIÁRIA DA CCIH																															
PONTOS OBSERVADOS EM VISITAS																															
DISPOSITIVOS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AVP																															
CVC																															
SVD																															
SNE/SNG																															
VM: TOT/TQT																															
PAC/DIA																															
CVC																															
VM																															
SVD																															

PACIENTES EM OBSERVAÇÃO										
NOME	SWAB NASAL	SWAB RETAL	URO	HEMO	SEC. TRAQUEAL	OUTRAS SECREÇÕES	ATB EM USO	MUDANÇA DE ATB	OUTRAS INFECÇÕES	ANTIBIOGRAMA

MATERIAL CONSIGNADO

Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

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. ☐			ARRUELAS	
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

Data:___/___/____

Validade:_____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO

NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR:_____

MATERIAL CONSIGNADO

Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

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. ☐			ARRUELAS	
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				
ESPO. ☐ CORT. ☐				

Higienizado por:_____

Preparado por:_____

Data:___/___/____

Validade:_____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO

NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR:_____

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

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
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

HEMOMAR

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

DADOS PARA ANEXAR A PEDIDO DE BOLSA

CNS Usuário				
NOME				DATA DE NASC.
SEXO	RAÇA	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		DATA DE ATEND.
CID	CEP	ENDEREÇO		
Nº	BAIRRO	TELEFONE:	E-MAIL	

Obs. 1: Para o campo "RAÇA", serão utilizados as seguintes legendas: 01 - BRANCA; 02 - PRETA; 03 - PARDA; 04 AMARELA; 05 - INDÍGENA - 99 - SEM INFORMAÇÃO

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

HEMOMAR

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

DADOS PARA ANEXAR A PEDIDO DE BOLSA

CNS Usuário				
NOME				DATA DE NASC.
SEXO	RAÇA	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		DATA DE ATEND.
CID	CEP	ENDEREÇO		
Nº	BAIRRO	TELEFONE:	E-MAIL	

Obs. 1: Para o campo "RAÇA", serão utilizados as seguintes legendas: 01 - BRANCA; 02 - PRETA; 03 - PARDA; 04 AMARELA; 05 - INDÍGENA - 99 - SEM INFORMAÇÃO

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

HEMOMAR

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

DADOS PARA ANEXAR A PEDIDO DE BOLSA

CNS Usuário				
NOME				DATA DE NASC.
SEXO	RAÇA	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		DATA DE ATEND.
CID	CEP	ENDEREÇO		
Nº	BAIRRO	TELEFONE:	E-MAIL	

Obs. 1: Para o campo "RAÇA", serão utilizados as seguintes legendas: 01 - BRANCA; 02 - PRETA; 03 - PARDA; 04 AMARELA; 05 - INDÍGENA - 99 - SEM INFORMAÇÃO

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

HEMOMAR

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

DADOS PARA ANEXAR A PEDIDO DE BOLSA

CNS Usuário				
NOME				DATA DE NASC.
SEXO	RAÇA	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		DATA DE ATEND.
CID	CEP	ENDEREÇO		
Nº	BAIRRO	TELEFONE:	E-MAIL	

Obs. 1: Para o campo "RAÇA", serão utilizados as seguintes legendas: 01 - BRANCA; 02 - PRETA; 03 - PARDA; 04 AMARELA; 05 - INDÍGENA - 99 - SEM INFORMAÇÃO

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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**

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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**

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CLIENTE:_____

QUARTO:_____LEITO:_____CONVÊNIO:_____

INTERNAÇÃO:_____

DATA:_____/_____/_____ FIA:_____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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.								

Grau de Dependência						
Necessidade	Independente	0	Dependente Parcial	1	Dependente Total	2
Deambulação	Sem Auxílio		Com Auxílio		Não Deambula	
Nível de Consciência	Orientado		Confuso sem Agitação		Torporoso ou com agitação	
Higiene	Sem Auxílio		Com Auxílio		Deambula	
Alimentação	Sem Auxílio		Com Auxílio		Por Sonda Com Auxílio 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

Bomba de Infusão			
Início			
Termino			
Assinatura			
Oxigenoterapia			
	Manhã	Tarde	Noite
Via			
Início			
Término			
Litros			
Assinatura			

Controle de Sonda e Cateteres - Próxima Troca			
Punção Periférica	SNG	Cateter Central	

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

FOLHA DE PESCRIÇÃO MÉDICA

USUÁRIO:			
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

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

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES	Nº

PACIENTE	LEITO

MEDICAMENTO

Forma farmacêutica / concentração / posologia / quantidade

Data:_____/_____/_____

	Entregue por:_____ Recebido por:_____ Data:_____/_____/_____
Assinatura e carimbo do médico	Exclusivo da farmácia

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

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES	Nº

PACIENTE	LEITO

MEDICAMENTO

Forma farmacêutica / concentração / posologia / quantidade

Data:_____/_____/_____

	Entregue por:_____ Recebido por:_____ Data:_____/_____/_____
Assinatura e carimbo do médico	Exclusivo da farmácia

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:_____

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

DATA: _____/_____/_____

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:_____

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

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

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:_____

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	REGISTRO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL	
	REGISTRO DE TEMPERATURA ATUAL, MÁXIMA E MÍNIMA PARA OS AMBIENTES	
	Emissão em:	

ANO:	MÊS:

SETOR: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	EQUIPAMENTO: GELADEIRA (FRIGOBAR) - REAGENTES

FAIXA DE TEMPERATURA INDICADA: 3,0º C a 10,0 º C

	08:00 HORAS				13:00 HORAS				18:00 HORAS			
DIA	TEMP. ATUAL (ºC)	TEMP. MÁX. (ºC)	TEMP. MIN. (ºC)	RÚBRICA	TEMP. ATUAL (ºC)	TEMP. MÁX. (ºC)	TEMP. MIN. (ºC)	RÚBRICA	TEMP. ATUAL (ºC)	TEMP. MÁX. (ºC)	TEMP. MIN. (ºC)	RÚBRICA
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

**Faixa de Temperatura de 20 ºC a 24 ºC para: Laboratório de Sorologia, imunohematologia e hematologia.*

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

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

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

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

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME:_____

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

DATA: _____/_____/_____

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME:_____

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

DATA: _____/_____/_____

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**

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

ALEGRIA: ( ) 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

COM ALTERAÇÕES( ) EDEMA ( ) ICTÉRICIA ( ) HEMATOMA ( ) CIANOSE ( ) ENFÍSEMA ( ) 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**

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 Continua ( )

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 ( ).

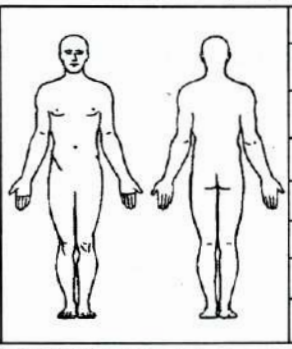
POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

( ) 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:_____

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADORES E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO)

PÓS-OPERATÓRIO

SRPA( ) **UTI ( )** **EXTERNO( )**

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Oxigênio : Sim ( ) Não ( ) Ligado:_____ Desligado:_____

_____
Técnico em Enfermagem

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

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

ESCOLA NUMÉRICA DA DOR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 SEM

DOR DOR MODERADA DOR INTENSA

HORA	DOR	MEDICAÇÃO

TABELA PARA ESCALA DE ALDRET

ATIVIDADE	**0**	**INCAPAZ DE MOVER**
	1	**MOVE 2 MEMBROS**
	2	**MOVE 4 MEMBROS**
RESPIRAÇÃO	**0**	**APNÉIA**
	1	**DISPNÉIA, HIPOVENTILAÇÃO**
	2	**REP. PROFUNDA, TOSSE**
CONSCIÊNCIA	**0**	**NÃO RESPONDE**
	1	**DESPERTOU AO CHAMAR**
	2	**COMPLETAMENTE ACORDADO**
CIRCULAÇÃO (PA)	**0**	**PA= OU < QUE 50% DO PRÉ-ANESTÉSICO**
	1	**PA< EM 20 OU 49% DO PRÉ-ANESTÉSICO**
	2	**PA NORMAL OU ATÉ 20% QUE O PRÉ-ANESTÉSICO**
SATURAÇÃO (SpO2)	**0**	**SpO2 < 90% MESMO COM O2 SUPLEMETAR**
	1	**NECESSIDADE DE O2 P/ MANTER SpO2 90%**
	2	**SpO2 < 90% RESP. EM AR AMBIENTE**

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK

HORA	0°	30°	60°	90°
ATIVIDADE				
RESPIRAÇÃO				
CONSCIÊNCIA				
CIRCULAÇÃO				
SATURAÇÃO				
TOTAL				

CONTROLE DE PERDAS

HORA	0°	30°	60°
SNG			
SVD			
DRENOS			
iRRIG.C			
TOTAL			

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO

EVOLUÇAO

EVOLUÇAO DO ENFERMEIRO

ENCAMINHADO COM:

VENÓCLISE ( ) _____ **SVD ( )** **SNG ( )** **SNE ( )** **SONDA DE GASTRONOMIA ( )**

DRENO ( ) TIPO:_____ **IRRIGAÇÃO CONTINUA ( )** **BOLSA DE COLOSTOMIA ( )**

CURATIVO ( ) _____ **IMOBILIZADOR MMII ( )** **CATETER PERIDUAL ( )**

MÁSCARA DE O2 ( ) **CATETER DE O2 ( )** **VENTILAÇÃO MECÂNICA ( )**

DESTINO: APARTAMENTO ( )_____UCI ( ) **LEITO:_____** **DOMICÍLIO ( ) HORA:_____**

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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		

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	

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

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:_____

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

Tipagem: _____

Conc. de Hemácias ( )

Vol._____/ Quant.:_____

( ) Deleucocitado ou Filtrado

( ) Lavado

( ) Irradiado

Conc. de Plaquetas ( )

Vol._____/ Quant.:_____

( ) Deleucocitado ou Filtrado

( ) Lavado

( ) Irradiado

Plasma Fresco Congelado ( )

Vol._____/ Quant.:_____

( ) Crioprecipitado

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

Hb:_____ ou Ht:_____ Nº de plaquetas:_____TAP:_____TTPA:_____Fibronogênio:_____

Obs:

Transfusões prévias? ( ) Sim ( ) Não

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

_____

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Tranfusão

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

Tipo de Transfusão

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

Data:____/____/____ Hora:_____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico

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

Em cumprimento à Resolução Portaria nº 1353, art. 105,16,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/021VIS, 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 produtor. Nesses casos, é IMPREESCINDÍVEL 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 competadas.

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 hetero grupo compatível.

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

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

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

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO 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 **___ CATETESIMO VESICAL**

___ IMUNODEPRIMIDO

9. ANTIBIÓTICO SOLICITADO:_____.

10. APRESENT~ÇÃO:

___ VO **___ IM** **DURAÇÃO: _____DIAS**

___ IV **OUTROS: _____HORÁRIO:_____.**

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: ____/____/_____.

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

HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS

CONTROLE DE LIBERAÇÃO PELA FARMÁCIA:

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

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

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

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		CD	GS	RET.	BOLSA	MAC.	RESUL-TADO	
					I	II							
	01												
	02												
	03												
	04												
	05												
	06												
	07												
	08												
	09												
	10												
	11												
	12												
	13												
	14												
	15												
	16												
	17												
	18												

LOTES DOS REAGENTES