Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO Nº 182/2020/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 **04/08/2020 a 08/08/2020**, 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 Trimestral** do Hospital Regional de Viana , em Viana/MA**,** sob a gestão do **INVISA**, através do Contrato de Gestão nº 04/2018/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 **04/08/2020 a 08/08/2020.**

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 03 (três) meses a quantidade necessária dos produtos para abastecer o hospital Regional de Viana , em Viana, 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 Regional de Viana**, localizado em MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA, CEP: 65037-010, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para a entrega através do telefone: (98) 3351-1938.

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 04/2018/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 04/2018/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, 04 de Agosto 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.

MATERIAL GRÁFICO	UND	REFERÊNCIA	QUANT. MINIMA	QUANT. MAXIMA
BLOCO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	5	6
BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO ATESTADO MEDICO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	28	1	2
BLOCO BALANÇO HIDRICO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	28	1	2
BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENT O MEDICO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	5	6
BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO CENSO DIARIO FISIOTERAPIA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO CENSO DIARIO FONOAUDIÓLOGO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO CENSO DIARIO NIR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	2	3
BLOCO CENSO DIARIO PSICOLOGIA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO CICLO DE AUTOCLAVE 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO / AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO DE CONTA HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	2	3
BLOCO CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO CONTRNOLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO -SHF- CCIH 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO DADOS PARA ANEXAR NA SOLICITAÇÃO DO HEMOCOMPONETE 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO ENCAMINHAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO ENTREVISTA SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	20	1	2
BLOCO EVOLUÇÃO CLINICA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	4	5

BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	6	7
BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA 1 - 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO FICHA DE CONFIRMAÇÃO LEITO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	2	3
BLOCO FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO FISIOTERAPIA 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO FONAUDIOLOGO 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	25	3	4
BLOCO LEITO PACIENTE100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	3	4
BLOCO MAPA DE CONTROLE DE ALMOÇO DE FUNCIONARIO 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS PACIENTES 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO MAPA DE PACIENTES NIR 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	28	1	2
BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	4	5
BLOCO OBSERVAÇÕES ESTADO CLINICO DA SAIDA DO PACIENTE DA SALA CIRURGIA 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	2	3
BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO PRESCRIÇÃO MEDICA 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	3	4
BLOCO PRONTUARIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	2	3
BLOCO PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO CONFIRMAÇÃO DE TROCA DE DISPOSITIVOS 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	1	2
BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORPECENTES 15X21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	14,5	1	2
BLOCO RECEITUÁRIO 15X21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	13,5	8	9
BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	2	3
BLOCO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	5	6
BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	7	8
BLOCO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOCO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	35	1	2
BLOBO SINAIS VITAIS 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	3	4
BLOCO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 100X1- BRANCO/AZUL	BLOCO	25	6	7

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

ENFERMARIA

: LEITO:

NOME:____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HRJM

ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO

PACIENTE				
NOME				
CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO	
DIAGNÓSTICO			DATA	

OPERAÇÃO OU PARTO			
PRINCIPAL		CÓDIGO	
SECUNDÁRIA		CÓDIGO	INÍCIO
SIMULTÂNEA		CÓDIGO	TÉRMINO
CIRURGIÃO OU OBSTETRA	AUXILIARES		DURAÇÃO NORMAL

ANESTESIA			
TIPO		INÍCIO	TÉRMINO
ANESTESISTA			DURAÇÃO TOTAL

RECÉM-NATO			
DATA	( ) A TERMO ( ) NEOMORTO ( ) ÚNICO MASCULINO ( ) MÚLTIPLO MASCULINO		
HORA	( ) PRÉ-MATURO ( ) NATIMORTO ( ) ÚNICO FEMININO ( ) MÚLTIPLO FEMININO		

[illegible]		[illegible]		[illegible]	
NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE
AGULHA HIPODÉRMICA		ADRENALINA		CATIGUT SIMPLES	
AGULHA PERIDUAL		ATROPINA		CATIGUT CROMADO	
AGULHA RAQUI		ÁGUA DESTILADA		CATIGUT SERTIX	
ÁLCCOL 70%		EFORTIL		MONONYLON	
EQUIPO GOTAS		ERGOTRATE		POLYCOT	
ESPARADRAPO		KEFLIN 1 gr		VICRYL	
GASE (COMPRESSAS)		ORASTINA			
JELCO		PAVULON			
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 8.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 8.5					
LUVAS DE PROCEDIMENTO					
LÂMINA DE BISTURI					
SONDA VESICAL				[illegible]	
SCALP				DOLANTINA	
SERINGA 3 ml				DIAZEPAM	
SERINGA 5 ml				DROPERIDOL	
SERINGA 10 ml				DIMORF	
SERINGA				FENTANIL	
UROFIX		[illegible]		HALOTANO	
		LIDOCAINA 2%		TIOPENTAL	
		LIDOCAINA 5%		KETALAR	
		MARCAÍNA PESADA			
		NEOCAÍNA 0,5%			

INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
MÉDICO	ANESTESISTA

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

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:_____

VIANA/MA, _____/_____/_____

Assinatura Médico - CRM

_____

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

GOVERNO DO MARANHÃO

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

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:_____

VIANA/MA, _____/_____/_____

Assinatura Médico - CRM

_____

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
VIANA-MARANHÃO

AVISO DE CIRURGIA

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 ____/____/____		

ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
VIANA-MARANHÃO

AVISO DE CIRURGIA

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 HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NOME: LEITO: DATA:

NVISA

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				GLIC	SAT	VO/SNE	PLASMA	SANGUE	MEDIC	RINGER	SF	SG					DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	MD
	FC	FR	TAX	PA																		
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		

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

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

LIQUIDOS

CÓDIGO
P. ARTERIAL: P-PULSO R-RESPIRAÇAO
X-ANESTESIA O-OPERAÇAO

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?

HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS - BACABAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

VISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____

Idade: _____ Mãe: _____ Pai: _____

Endereço: _____ Núm: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: ____ Fone: _____ Celular: _____

Registro:
Data:
Hora:

Médico: _____ Especialidade: CLINICA MEDICA Clínica: MEDICA

Procedimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

SIA/SUS: 0301060061 Modalidade: HOSPITALAR Caráter: URGENCIA

_____
Assinatura do Paciente

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Queixas: _____

_____

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Freq. Respirat.:	Peso:	Altura:	SAT 02:	HGT:

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existentes: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC Outras: _____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

_____

_____

_____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

_____

_____

_____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

Saída do Paciente:

☐ Decisão Profissional ☐ A Revelia ☐ A Pedido

☐ Internação _____

☐ Remoção _____

☐ óbito Data: _____ Hora: _____

Para óbito:

☐ Antes de 24h

Destino do Corpo:

☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

ANVISA

DATA
_____/_____/_____

CENSO DIÁRIO - SERVIÇO SOCIAL

ENFERMARIA LEITO	DATA ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA	DIAGNÓSTICO

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

VISA

DATA
____/____/_____

CENSO DIÁRIO FISIOTERAPIA						
ENFERMARIA LEITO...	DATA ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA	DIAGNÓSTICO

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL [redacted] E VIANA
VIANA - MARANHÃO

DATA
____/____/_____

CENSO DIÁRIO FONAUDIÓLOGO						
ENFERMARIA LEITO...	DATA ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA	DIAGNÓSTICO

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL ~~DR. JOSÉ MURAD~~ de Viana

HRDJM

BA 014 Km 39 Vila 2121

CENSO DIÁRIO

DATA:_____/_____/_____

ENFERMARIA LEITO	DATA ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA	DIAGNÓSTICO

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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

NVISA

DATA
____/____/_____

CENSO DIÁRIO PSICOLOGIA						
ENFERMARIA LEITO	DATA ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA	DIAGNÓSTICO

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:_____ HORA INÍCIO:_____ DATA

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	**CONFIRMAÇÃO**	**REGISTRO**
A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A
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 / broncoaspiração? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA	Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções. Peça ao cirurgião que confirme verbalmente o Identificação do paciente o Local da cirurgia a ser feita o Procedimento a ser realizado o 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?_____	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?~~
CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA: O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? SIM, _____ NÃO _____ _____ Anestesiologia	_____ _____ Técnico de Enfermagem	_____ _____ Enfermeiro
~~Carimbo e Assinatura~~ ~~Hora~~	~~Carimbo e Assinatura~~ ~~Hora~~	~~Carimbo e Assinatura~~ ~~Hora~~

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

CICLO DE AUTOCLAVE

DATA	CICLO	MATERIAIS PRINCIPAIS	HORA DE ENTRADA	HORA DE SAÍDA	RESPONSÁVEL

[redacted]

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

[redacted]

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

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

CONTA HOSPITALAR

Nº AIH: _____ Tipo: _____ Apresentação: _____

Pront. nº.: _____ Data Intern.: ____/____/_____ Data Saída: ____/____/_____ Órgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Cartão SUS: _____ Data de Nasc.: ____/____/_____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

Logradouro: _____ nº.: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cód. do Município: _____ UF: _____ Nacional: _____

Raça: _____ Tipo de Documento: _____ Nº do Doc.: _____

IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Procedimento Solicitado: _____ Procedimento Realizado: _____

Modalidade: Hospitalar Especialidade: _____ Caráter de Internação: _____

CID Principal: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Motivo da Saída: _____

CPF do Prof. Solicitante: _____ CPF do Responsável: _____

CPF do Autorizador: _____ Data da Autorização: _____/_____/_____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	QNT.	CPF	CBO	CNES	CNPJ	Apura Valor Para

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA: __/__/__

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum:		
	Arroz pastoso:		
	Opção pastosa:		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa :		
	Sopa/Canja:		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA: __/__/__

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum:		
	Arroz pastoso:		
	Opção pastosa:		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa :		
	Sopa/Canja:		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA: __/__/__

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum:		
	Arroz pastoso:		
	Opção pastosa:		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa :		
	Sopa/Canja:		

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

ANVISA

CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS - SHF/CCIH

Nome: _____ Prontuário _____

Clínica _____ Enf. _____ Leito _____ Admissão ____/____/____

Peso _____ Idade _____ Sexo ( ) Masc. ( ) Fem. Gestante: ( ) Sim ( ) Não

Indicação de Antimicrobiano: ( ) Profilático ( ) Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior do que 48 horas, Justifique: _____

_____

Topografia da Infecção: ( ) Trato Urinário ( ) Respiratório ( ) Cirurgia ( ) Corrente Sanguínea ( ) Pele e Tecido Subcutâneo ( ) Outra _____

Antimicrobianos/Dosagem	Via	Posologia	Tempo (dias)
1			
2			
3			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

_____

_____

Data: _____ / _____ / _____ Identificação do Médico: _____
Assinatura /Carimbo

Parecer: ( ) De acordo Observação: _____
( ) Contrário _____

Data: _____ / _____ / _____ CCIH _____

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

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

NVISA

CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome		
Idade:	*Andar:*	*Leito:*

Diagnóstico e justificativa:

Antimicrobiano (s):

( ) *Amicacina*	( ) ***Ceftazidmma***	( ) *Fluconazol*
( ) *Cefazolina*	( ) ***Ceftriaxona***	( ) *Imipenem - cilastina*
( ) *Ceforaxima*	( ) ***Cefepime***	( ) *Vancomincinn*
( ) *Cefotoxina*	( ) ***Ciprofloxacina***	( ) _____

Dose / Dia:	***Estimativa de duração do tratamento:***

A indicação ou alteração do Esquema Antimicrobiano foi discutido com infectologista da CCIH:

( ) **Sim** ( ) **Não**

Há associação de antimicrobiano: ( ) **Sim** ( ) **Não**

Cultura:
( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Em andamento**

Se houver, especifique:

Médio Solicitante / Carimbo: ***Data:***

Parecer da C.C.I.H ( ) *Liberado* ( ) *Indeferido*	( ) ***Liberado*** ( ) ***Não disponível no momento***
Data: ***Carimbo / Assinatura***	***Data:*** ***Carimbo / Assinatura***
*Prorrogação: Por*_____ ***Dias*** ( ) ***Liberado***	***Carimbo / Assinatura da CCIH***

Estado do Maranhão
Secretária do Estado da Saúde

Instituto Vida e Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

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

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

HRDJM

ENCAMINHAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL		
UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM		
ENCAMINHANDO PARA		
NOME		
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICA)		
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICA)		
CPF	CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		

Viana/MA.,_____ de _____ de _____,

_____
Assistente Social

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

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

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ENTREVISTA SOCIAL

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:**	

DATA DE INTERNAÇÃO:	**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**	
DATA DE ALTA	**DATA DA TRANSFERENCIA:**	**DATA DO ÓBITO:**

Estado do Maranhão
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ 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
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ 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
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ 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
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ 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
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ 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
Secretaria 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 deCompatibilidade

☐ Realizada ☐ Compatível ☐ Incompatível

☐ Não Realizada

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

Data:____/____/____

Nome do Responsável pela realização dos testes Pré-Transfusionais

GOVERNO DO MARANHÃO

GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA

ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ____

Prontuário: ____________________ **Setor:** ____________________ **Leito:** ______________

Notas sobre a evolução da doença; complicações; Consultas; Mudanças de Diagnóstico; condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente; devendo toda a anotação ser assinada por quem faz.

Data	

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA
e-mail: hospital.murad@hotmail.com

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

NOME: _____

ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD

Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: ____

Prontuário: ______________________ **Setor:** ________________ **Leito:** __________

Notas sobre a evolução da doença; complicações; Consultas; Mudanças de Diagnóstico; condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente; devendo toda a anotação ser assinada por quem faz.

Data	

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

ANVISA

Paciente: ______________________________ Diagnóstico ______________________________

EVOLUÇÃO FONOAUDIÓLOGO

Datas	

Evolução Nutricional Hospital Regional de Viana

Nome:_____ Idade:_____ Diagnóstico:_____ Enfermaria:_____

DATA	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	EXAME FISICO	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
	ANTIBIOTICO TERAPIA ( )SEM USO DE ANTIBIOTICO ( )COM USO DE ANTIBIOTICO ( )7 DIAS ( )10 DIAS ( )14 DIAS ( )SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( )PRÉ CIRURGIA ( )PÓS CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( )FALTA DE APETITE ( )VÔMITO ( )DOR ABDOMINAL ( )DISTENÇÃO ( )CANSAÇO ( )FEBRE ( )EDEMA ( )DEPRIMIDO ( )CEFALEIA ( )DOR LOCAL ( )DEPRIMIDOS ( ) OUTROS	( )LIVRE ( )BRANDA ( )PASTOSA ( )LIQ. PASTOSA ( )LIQUIDA ( )DM ( )HAS ( )HIPOLIPIDICA ( )HIPERCALORICA ( )HIPERPROTEICA ( )ZERO ( )OUTROS _____	( )NORMAL ( )DIARREIA ( )CONSTIPADO ( )NÃO INFORMADO **ESTADO GERAL** ( ) ESTÁVEL ( ) GRAVISSIMO ( )GRAVE ESTÁVEL ( )GRAVE INSTÁVEL	( )POUCA ( )RAZOAVEL ( )BOA ( )MUITO BOA	( )PALPEBRAS ( )MUSCULAÇÃO TEMPORAIS ( )CLAVÍCULA(PEITORAIS E DELTOIDES) ( )OMBROS (DELTOIDES) ( )MUSCULOS INTER-OSSEOS ( )ESCAPULA (LATISSIMAS.DORSI.TRAPÉZIO.DELTÓIDE) ( )OLHOS E CONJUNTIVAS ( )LÁBIOS ( )LÍNGUA ( )GENGIVAS ( )DENTIÇÃO ( )UNHAS ( )PANTURRILHAS	PESO: ALTURA: CB: AJ : CP: VET MIN: VET MAX: IMC: E.N
	ANTIBIOTICO TERAPIA ( )SEM USO DE ANTIBIOTICO ( )COM USO DE ANTIBIOTICO ( )7 DIAS ( )10 DIAS ( )14 DIAS ( )SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( )PRÉ CIRURGIA ( )PÓS CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( )FALTA DE APETITE ( )VÔMITO ( )DOR ABDOMINAL ( )DISTENÇÃO ( )CANSAÇO ( )FEBRE ( )EDEMA ( )DEPRIMIDO ( )CEFALEIA ( )DOR LOCAL ( )DEPRIMIDOS ( ) OUTROS	( )LIVRE ( )BRANDA ( )PASTOSA ( )LIQ. PASTOSA ( )LIQUIDA ( )DM ( )HAS ( )HIPOLIPIDICA ( )HIPERCALORICA ( )HIPERPROTEICA ( )ZERO ( )OUTROS _____	( )NORMAL ( )DIARREIA ( )CONSTIPADO ( )NÃO INFORMADO **ESTADO GERAL** ( ) ESTÁVEL ( ) GRAVISSIMO ( )GRAVE ESTÁVEL ( )GRAVE INSTÁVEL	( )POUCA ( )RAZOAVEL ( )BOA ( )MUITO BOA	( )PALPEBRAS ( )MUSCULAÇÃO TEMPORAIS ( )CLAVÍCULA(PEITORAIS E DELTOIDES) ( )OMBROS (DELTOIDES) ( )MUSCULOS INTER-OSSEOS ( )ESCAPULA (LATISSIMAS.DORSI.TRAPÉZIO.DELTÓIDE) ( )OLHOS E CONJUNTIVAS ( )LÁBIOS ( )LÍNGUA ( )GENGIVAS ( )DENTIÇÃO ( )UNHAS ( )PANTURRILHAS	PESO: ALTURA: CB: AJ : CP: VET MIN: VET MAX: IMC: E.N
	ANTIBIOTICO TERAPIA ( )SEM USO DE ANTIBIOTICO ( )COM USO DE ANTIBIOTICO ( )7 DIAS ( )10 DIAS ( )14 DIAS ( )SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO ( )PRÉ CIRURGIA ( )PÓS CIRURGIA ( )NÃO INFORMADO	( )FALTA DE APETITE ( )VÔMITO ( )DOR ABDOMINAL ( )DISTENÇÃO ( )CANSAÇO ( )FEBRE ( )EDEMA ( )DEPRIMIDO ( )CEFALEIA ( )DOR LOCAL ( )DEPRIMIDOS ( ) OUTROS	( )LIVRE ( )BRANDA ( )PASTOSA ( )LIQ. PASTOSA ( )LIQUIDA ( )DM ( )HAS ( )HIPOLIPIDICA ( )HIPERCALORICA ( )HIPERPROTEICA ( )ZERO ( )OUTROS _____	( )NORMAL ( )DIARREIA ( )CONSTIPADO ( )NÃO INFORMADO **ESTADO GERAL** ( ) ESTÁVEL ( ) GRAVISSIMO ( )GRAVE ESTÁVEL ( )GRAVE INSTÁVEL	( )POUCA ( )RAZOAVEL ( )BOA ( )MUITO BOA	( )PALPEBRAS ( )MUSCULAÇÃO TEMPORAIS ( )CLAVÍCULA(PEITORAIS E DELTOIDES) ( )OMBROS (DELTOIDES) ( )MUSCULOS INTER-OSSEOS ( )ESCAPULA (LATISSIMAS.DORSI.TRAPÉZIO.DELTÓIDE) ( )OLHOS E CONJUNTIVAS ( )LÁBIOS ( )LÍNGUA ( )GENGIVAS ( )DENTIÇÃO ( )UNHAS ( )PANTURRILHAS	PESO: ALTURA: CB: AJ : CP: VET MIN: VET MAX: IMC: E.N

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

VISA

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

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

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICOS EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( )Fala Desconexa ( )Sono Normal ( )Insônia ( )Passividade ( )Impaciente ( )Agressividade ( )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 PSICOLÓGICOS EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( )Fala Desconexa ( )Sono Normal ( )Insônia ( )Passividade ( )Impaciente ( )Agressividade ( )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 PSICOLÓGICOS EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO PROFISSIONAL
	( ) Fala Consciente ( )Fala Desconexa ( )Sono Normal ( )Insônia ( )Passividade ( )Impaciente ( )Agressividade ( )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		

Assinatura do Profissional

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital Regional Dr. Antônio Hadade

INVISA

Paciente: ______________________________ Diagnóstico ______________________________

EVOLUÇÃO PSICOLOGIA

Datas	

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
VIANA-MA

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

Leito:_____ **Data de Admissão:**___/___/_____ **Hora:**_____:_____
Nome:_____
Nome Social:_____
Idade:_____ **Sexo:**____**Peso:**_____**Altura:**_____**Profissão:**_____
Procedência:_____
Plantonista Fisioterapeuta:_____
Diagnóstico:_____
Motivo da Admissão- HDA:_____
Doenças Anteriores:_____
Alergias: _____
Cirurgias anteriores:_____

EXAME FÍSICO
Sinais Vitais: FC: _____ **bpm FR:**_____**irpm PA** _____**X**_____ **mmHg 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 Ventilatórios: _____
Deformidades Torácicas: ( ) SIM ( ) NÃO Tiragens: ( ) SIM ( ) NÃO_____
Enfisema Subcutâneo: ( ) SIM ( ) NÃO Secreção: _____
Ausculta Pulmonar: _____ **Imagem Radiológica:**_____
( ) AA ( ) Oxigenoterapia : CN _____**/min MNBZ** _____**min Venturi**_____**%**_____**1/min**
( ) VNI TQT ( ) Nº... _____**Dias de QT:** _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO
VC:_____**PIP:** _____ **PEEP:** _____ **FR:** _____ **FI02:** _____
PS: _____**SaT02:** _____**TINSP:** _____**SENS:**_____**I:E:** _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA
Pupilas: _____ **Mobilidade: Átiça ( ) 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;
Grua 5- Força normal.

CONDUTA:_____
_____
_____
_____

_____
FISIOTERAPEUTA

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL

NOME:				DATA:___/___/___
LEITO:	IDADE:	SEXO:	COR:	DATA NASC:___/___/___

DIAGNOSTICO:

QUEIXA PRINCIPAL:

TABAGISTA: ( )SIM ( ) NÃO | ETILISTA: ( )SIM ( ) NÃO

AMP:( )DM ( )HAS ( )CA, especificar: _____ I.CARD.( ) I.RENAL ( ) Intolerância:_____

AVALIAÇÃO RISCO NUTRICIONAL: ( )NRS ( )ASG ( ) C/RISCO NUTRICIONAL ( ) S/ RISCO

ESTADO GERAL: ( ) ESTAVÉL ( ) GRAVÍSSIMO ( ) GRAVE ESTÁVEL ( ) GRAVE INSTÁVEL

SINTOMAS GASTROINTESTINAIS:

( )PRESERVADO ( )DISTENSÃO ABDOMINAL ( )VÔMITO ( )DISFAGIA ( )NÁUSEAS

( ) DIARRÉIA Nº_____ ( ) CONSTIPAÇÃO Nº DIAS_____

ATIVIDADE: ( ) SEM LIMITAÇÃO ( ) ACAMADO ( ) COM LIMITAÇÃO

STRESS METABOLICO: FEBRE: ( ) SEM FEBRE ( ) LEVE (37º E < 38ºc) ( ) MODERADO

(38ºE <39ºc) ( ) GRAVE (> 39º c)

EDEMA: ( ) AUSENTE ( ) PRESENTE ( ) + ( ) 2+ ( ) 3+ ( ) 4+ / REGIÃO _____

EXAME FISICO (ESTADO DO MUSCULO / RESERVA DE GODURAS)

(***P***= PRESERVADO) (***C*** = CONSUMIDO)

( ) PALPEBRAS	( ) OLHOS E CONJUNTIVAS:
( ) MUSCULAÇÃO TEMPORAIS	( ) LÁBIOS:
( ) CLAVÍCULA (PEITORAIS E DELTOIDES)	( ) LÍNGUA:
( ) OMBROS (DELTOIDES)	( ) DENTIÇÃO:
( ) MUSCULOS INTER -OSSEOS	( ) GENGIVA:
( ) ESCAPULA (LATISSIMAS, DORSI, TRAPÉZIO, DELTÓIDE)	( ) UNHAS:
( ) PANTURILHAS	

NUTRIÇÃO:( ) JEJUM ( ) ORAL ( ) NE/ SNG ( ) NE/SPP ( ) NE/GTT ( ) NE/JEJUNOSTOMIA ( ) NPT

PRESENÇA DE UPP: ( ) SIM ( ) NÃO REGIÃO:_____

ALERGIA ALIMENTAR: ( ) SIM _____ ( ) NÃO

AVERSÕES ALIMENTARES:

OBSERVAÇÃO:

ADMISSÃO: / /

ASSINATURA:_____

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL ~~Dr. JOSÉ MURAD~~ de Viana

HRDJM

BA 014 Km 39 Vila Zizi

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DE LEITO

Setor solicitante:_____ Data:_____/_____/_____

Nome do Paciente:_____

Leito:_____ Enfermaria:_____

Hora da comunicação:_____

Enfermeiro(a) responsável:_____

Setor de destino:_____

Leito disponível:_____ Clínica:_____ Hora da comunicação:_____

Enfermeiro(a) responsável:_____

_____
Responsável do NIR pela liberação

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

HRDJM

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

NOME:_____ SEXO_____ IDADE_____

DATA DO ACIDENTE_____/_____/_____

UNIDADE DE SAÚDE:_____

LOCAL DO ACIDENTE:_____

RUA:_____ BAIRRO:_____

HOUVE ATENDIMENTO DOS ENVOLVIDOS? SIM☐ NÃO☐

SE SIM, QUAL O PROCEDIMENTO?_____

VÍTIMA FATAL	PEDESTRE☐ PASSAGEIRO DO VEÍCULO☐ MOTORISTA☐ IGNORADO☐
VÍTIMA NÃO FATAL	PEDESTRE☐ PASSAGEIRO DO VEÍCULO☐ MOTORISTA☐ IGNORADO☐
VEÍCULOS ENVOLVIDOS	MOTO☐ BICICLETA☐ AUTOMÓVEL☐ ÔNIBUS☐ CAMINHÃO☐ OUTROS☐ _____ IGNORADO☐
TIPO DE ACIDENTE	COLISÃO☐ ABALROAMENTO☐ TOMBAMENTO☐ CHOQUE☐ ATROPELAMENTO☐ CAPOTAMENTO☐ OUTROS☐
ACIDENTE DE TRABALHO	SIM☐ NÃO☐ SE SIM, EXPLIQUE_____

OBSERVAÇÕES:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura

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

FISIOTERAPIA

PESO:____ ALTURA:_____

NOME: _____ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____DIAS UTI: _____LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIA
M A N H Ã	FC_____PA_____ ( )DV_____ FR _____SpO2____ ( ) AA ( )O2 ( ) CN ( ) MNB ( )VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP:_____ RX: _____	DIAS DE TOT:_____ CL _____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC ____Pinsp____Ps_____ FR ____PEEP ____ FIO2___ FLUXO/Insp: ___I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow: _____ RASS:_____ Sedação: _____ F.Muscular: _____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	PH:_____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE P/F:_____ LACT: _____ HB: _____	( ) T. AUTONOMIA ( ) T.TUBO T EXTUBAÇÃO: HORA: _____ ( ) VNI PÓS EXTUBAÇÃO HORA:_____	( )Troca de Filtro ( )Troca de Fixação ( ) troca stericath	
T A R D E	FC_____PA_____ ( )DV_____ FR _____SpO2____ ( ) AA ( )O2 ( ) CN ( ) MNB ( )VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP:_____ RX: _____	DIAS DE TOT:_____ CL _____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC ____Pinsp____Ps_____ FR ____PEEP ____ FIO2___ FLUXO/Insp: ___I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow: _____ RASS:_____ Sedação: _____ F.Muscular: _____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	PH:_____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE P/F:_____ LACT: _____ HB: _____	( ) T. AUTONOMIA ( ) T.TUBO T EXTUBAÇÃO: HORA: _____ ( ) VNI PÓS EXTUBAÇÃO HORA:_____	( )Troca de Filtro ( )Troca de Fixação ( ) troca stericath	
N O I T E	FC_____PA_____ ( )DV_____ FR _____SpO2____ ( ) AA ( )O2 ( ) CN ( ) MNB ( )VENTURI (_____L/MIN) ( ) VNI AP:_____ RX: _____	DIAS DE TOT:_____ CL _____Nº_____ DIAS DE TQT:_____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC ____Pinsp____Ps_____ FR ____PEEP ____ FIO2___ FLUXO/Insp: ___I:E_____ Pressão Cuff_____	Glasgow: _____ RASS:_____ Sedação: _____ F.Muscular: _____ Estágio Prot. Mob. Precoce: _____	PH:_____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE P/F:_____ LACT: _____ HB: _____	( ) T. AUTONOMIA ( ) T.TUBO T EXTUBAÇÃO: HORA: _____ ( ) VNI PÓS EXTUBAÇÃO HORA:_____	( )Troca de Filtro ( )Troca de Fixação ( ) troca stericath	

ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

VIANA - MARANHÃO

FONAUDIOLOGIA

NOME:_____**IDADE:** _____

DATA: **HORA:** hs
QUADRO CLINICO:
ESTADO DE CONSCIÊNCIA ( )alerta ( ) sonolência ( )obnubilação ( )torpor ( )coma
RESPIRAÇÃO ( ) VE ( ) 02 ( ) VNI ( )VM TQT ( )ausente ( )presente **CÂNULA** ( ) plástica ( ) metal ( ) dispneia ( ) **BLUE DYE TEST** ( ) positivo ( )negativo
COMUNICAÇÃO: - Compreensão ( ) presente ( ) auesente ( ) confuso ( )DA **-Expressão** ( ) normal ausente ( ) confuso ( )afasia ( ) demência ( ) apraxia
VOZ( )normal( )ausente( )rouca ( )soprosa( )instável( )( )astenia( )intensidade fraca ( ) molhada **FALA** ( ) adequada ( )ausente ( ) articulação imprecisa ( ) articulação ininteligível ( ) disfonia ( )disartia
ASPECTOS DAS ESTRURURAS(NL) norma (R) reduzido -Lábios( )força( )mobilidade( )coordenação( )sensibilidade
-Língua( )força( )mobilidade( )coordenação( )sensibilidade
-Mandíbula( )força( )mobilidade( )sensibilidade
-Palato Mole( )mobilidade( )sensibilidade
-**Mobilidade hio laríngea**( ) adequada( )lentificada( )rigidez( )ausente ( )ausculta limpa( )ausculta ruidosa
REFLEXO GAG( )presente( )posteriorizado( )anteriorizado( )exacerbados **ARCAICOS**( ) mordida ( )sucção
TOSSE( )eficaz( )fraca( )ausente( )atrasada( )produtiva( )não produtiva **Pigarro voluntário** ( ) eficaz ( )ineficaz (0 ausente
DEGLUTIÇÃO SALIVA ( ) adequada ( )frequência reduzida ( )ineficaz ( )sialorreia ( )xerostomia ( ) engasgos
QUALIFICAÇÃO DO BOLO ( )ADEQUADO ( )INADEQUADO **PROPULSÃO DO BOLO**( )ADEQ..( )INA **ESCAPE** ( )AUSENTE ( )POSTERIOR ( )ANTERIOR ESTASE ( )AUSENTE ( ) PRESENTE

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

CONDUTA: _Escala Funcional de ingestão por Via Oral- Funcional 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

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: *HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD*

2 - CNES: 2 4 5 4 4 7 5

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: *HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD*

4 - CNES: 2 4 5 4 4 7 5

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 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID. 10 PRINCIPAL

22 - CID. 10 SECUNDÁRIO

23 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - CNPJ EMPRESA ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
CNPJ: 02.973.240/0025-75
VIANA-MARANHÃO

INVISA

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**

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
MAPA DE CONTROLE DE ALMOÇO DE FUNCIONÁRIOS

DATA / /2020

POSTO A		POSTO B		UTI		COVID		CC	
MÉDICO		MÉDICO		MÉDICO		MÉDICO		MÉDICO	
ENFERMEIRO		ENFERMEIRO		C. ENFERM		ENFERMEIRO		ENFERMEIRO	
TÉC ENFERM		TÉC ENFERM		ENFERMEIRO		TÉC ENFERM		TÉC ENFERM	
TÉC ENFERM		TÉC ENFERM		ENFERMEIRO		TÉC ENFERM		TÉC ENFERM	
TÉC ENFERM		TÉC ENFERM		TÉC ENFERM				TÉC ENFERM	
TÉC ENFERM		TÉC ENFERM		TÉC ENFERM					
				FISIOTERAPEUTA					
				FISIOTERAPEUTA					

TRINAGEM		FÁRMACIA		LABORATÓRIO		NIR		ADMINISTRATIVO	
ENFERMEIRO		FARMACÊUTICO		BIOQUIMICO		ENFERMEIRO		COORD.ENFERM.	
TÉC ENFERM		FARMACÊUTICO		BIOQUIMICO		ASSISTENTE		RH	
		ASSISTENTE		TÉC. LAB		SSISTENTE		FATURAMENTO	
		ASSISTENTE		TÉC. LAB				SEG. TRABALHO	
		ALMOXARIFADO		TÉC. LAB				MANUNTENÇÃO	

CPD		FONAUDIOLOGO		ROUPARIA		PORTARIA		ASSIST. SOCIAL	
INFORMÁTICA		PSICOLOGO		ROUPARIA 01		PORT. 01		ASSISTENTE 01	
INFORMÁTICA		RAIO X		ROUPARIA 02		PORT.02		ASSISTENTE 02	
NFORMÁTICA		MOBILIZAÇÃO		ROUPARIA 03		PORT.03			
		MOBILIZAÇÃO		ROUPARIA 04					
MOTORIST01		**SIH / ARQUIVO**		**RECEPÇÃO**		**NUTRIÇÃO**		**EXTRAS**	
MOTORIST 02		SIH		RECEPÇÃO 01		COZINHEIRA 01			
MAQ. 01		ARQUIVO		RECEPÇÃO 02		COZINHEIRA 02			
MAQ. 02				RECEPÇÃO 03		COZINHEIRA 03			
LIMPEZA 01						COOPEIRA			
LIMPEZA 02						ALMOXAR.			
LIMPEZA 03		NUTRICIONISTA							
LIMPEZA 04		NUTRICIONISTA							
LIMPEZA 05		NUTRICIONISTA							

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
Mapa controle de dietas pacientes

DATA / /2020

- POSTO A

LEITO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA
ISOL.01			Enf 08. 15		
ISOL.02			Enf 08. 16		
Enf 02. 03			Enf 09. 17		
Enf 02. 04			Enf 09. 18		
Enf 03. 05			Enf 10. 19		
Enf 03. 06			Enf 10. 20		
Enf 04. 07			Enf 11. 21		
Enf 04. 08			Enf 11. 22		
Enf 05. 09			Enf 12. 23		
Enf 05. 10			Enf 12. 24		
Enf 06. 11			Enf 13. 25		
Enf 06. 12			Enf 13. 26		
Enf 07. 13			Enf 14. 27		
Enf 07. 14			Enf 15. 28		

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL D

HRDJM

MAPA DE PACIENTES

DATA ADMISSÃO	ENFERMARIA LEITO	NOME DO PACIENTE	IDADE	PROCEDÊNCIA	SEXO	DIAGNÓSTICO	ALTA / TRANSFERÊNCIA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO
MAPA DIÁRIO DE ENFERMAGEM DATA: / /

INVISA

LEITOS	PACIENTE	PROCED. INVASIVOS	PENDÊNCIAS DE EXAMES OBSERVAÇÕES	CULTURAS / ANTIBIÓTICO	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E INTERCORRÊNCIAS	ENTRADAS E SAÍDAS (24HS)
___ PC ☐	**NOME COMPLETO:** **IDADE:** **DIAGNÓSTICO:** AMP DATA DA ADM. NA UTI: COLCHÃO: FAMÍLIA ☐ HRAH ☐ SEM COLCHÃO ☐	DATA TOT_____ N. __D ( ) CVC_____D ( ) SNE_____ D( ) SNG_____ _ D ( ) SVD_____N.___D ( ) AVP_____D ( ) GTM_____D ( ) C. SHYL_____D ( ) _____ D ( ) _____ D ( ) **DIÁLISE:**		DATA DA COLETA: DATA RESULTADO: RESULTADO MICROBIÓLOGICO **ANTIBIÓTICO EM USO:**	SOROS / DVA_____ DATA DE EQUIPOS:_____ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA: GLASGOW: _____ RAMSAY: _____	DIETA: M _____ T _____ SN_____ HEMOCOMPONENTES: M _____ T _____ SN _____ GLICEMIAS: M _____ T _____ SN_____ RESÍDUO GÁSTRICO: M _____ T_____ SN_____ DIURESE: M_____ T_____ SN_____ EVACUAÇÃO: M _____ T_____ SN_____

PREVENÇÃO E CONTROLE DE LPP: **LPP :** **SIM** ☐ **NÃO** ☐
CARACTERÍSTICAS DIÁRIAS DA PELE:
TIPO DE CURATIVO UTILIZADO:
MEDIDAS PROFILÁTICAS:

SOLICITAÇÃO DE PARECER:

ENFERMEIRAS (OS): **SD:** **SN:**

HIGIENE CORPORAL :
SD:
SN:

EXAMES LABORATORIAIS: LEUCÓCITOS _____ HEMOGLOBINA_____HEMATÓCRITO_____PLAQUETAS_____CÁLCIO IÔNICO_____URÉIA_____
CREATININA_____NACL_____KCL_____AMILASE_____FÓSFORO_____MAGNÉSIO_____COAGULOGRAMA_____
GASOMETRIA ARTERIAL: PH_____PO2_____PCO2_____LACTATO_____HCO3_____BEb_____SO2_____

ESTADO DO MARANHÃO

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

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

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

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quanto: _____ **Leito:** _____ **FIA:** _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

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

Data:
Assinatura do médico solicitante:

Parecer

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

VISA

ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD

Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

HRDJM

CLIENTE: ____________________
Nº PRONT.: ____________________
SETOR: ____________________ LEITO: __________
DATA: _____ / _____ / _____

ÍTEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO

SINAIS VITAIS						
HORA	T.	P.	PA.	DX.	BCF.	PESO

CONTROLE HÍDRICO								
HORAS	ELIMINADOS					INFUNDIDOS		
	DIUR.	SNG.	VÔM.	DRE.	EVAC.	VO.	EV.	SNG.
TOTAL								

QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL	QUANT	DESCARTÁVEL
|	Ag. Descart.30X7	|	Cateter Infra Venoso (Jelco)	|	Seringa Descart 3ml	|	Seringa Descart 20ml		Scalp nº 23	|		|	
|	Ag. Descart.25X7	|	Equipo	|	Seringa Descart 5ml	|	Scalp nº 19		Scalp nº 25	|		|	
|	Ag. Descart.13X4,5	|	Seringa Dercart 1ml	|	Ag. Descart.10ml	|	Scalp nº 21		Scalp nº 27	|		|	

HRS./Horas - VOL/Volume - DIUR/Diurese - SNG./Sonda Nasogástica - VÔM./Vômito - DRE/Dreno - EVAC./Evaculação - VO./Via Oral - EV./Endovenosa

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Numéro:_____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço Município: _____ Distrito: _____ Zona: _____

Data Admissão: _____/ _____/ _____ Hora: _____ Encaminhado da Área: _____G. Alvo: _____

1 ☐ Mesma Unidade 1.1 ☐ Ambulatório 1.2 ☐ Outro Clínico do mesmo Hospital

2 ☐ Outra Unidade 2.1 ☐ Ambulatório 2.2 ☐ Hospitalar

3 ☐ Entrada de Emergência 3.1 ☐ Acidentado 3.2 ☐ Outro

Data Nascimento: _____/ _____/ _____ Naturalidade:_____ Est. Civil: _____ Grau de Instrução: ____

Peso Kg: _____ Altura em: _____ Estado Nutricional: _____

Ocupação: _____ Instituição Providenciaria: Segurado ☐ Dependente ☐ Outro ☐

Filiação Pai: _____ Mãe: _____

Nome do Responsável: _____Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

_____

_____

_____

Antecedentes Clínicos Familiares: _____

_____

_____

_____

HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre doença atual: _____

_____

_____

_____

Nome Clínico: _____

_____

_____

_____

Diagnóstico de Admissão: _____

_____

_____

_____ Data de Diagnóstico: _____/ _____/ _____

Clínica: _____ Assinatura do Médico que o Paciente: _____

ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
VIANA-MARANHÃO

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:

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

VISA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº:

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Assinatura e carimbo do Médico	Exclusivo da Farmácia

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

HRDJM

Receituário

CNPJ: 02.973.240/0025-75
Fone: (98) 3351-1251

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				
Cirurgião:		1º Assistente:		
2º Assistente:	3º Assistente	Instrumentador:		
Anestésicos:		Anestesio:		
Anestesista:		Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pré-Operatório:				
Operação Tipo:				
Diagnóstico Pré-Operatório:				
Relatório Imediato de Patologia:				
Acidente Durante a Operação:				
Complicações Anestésicas:				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento, etc.)

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA:_____/_____/_____
TURNO: SD ( ) SN ( )

VISA

❖ **EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

ENFERMEIRA (O): _____ MÉDICO _____
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____
_____
_____
ESCRITURÁRIO
ESCRITÓRIOS: _____ (M)
_____ (T)
MAQUEIROS: _____ (SD)
_____ (SN)

Início o plantão com _____ pacientes internados.

+ CURATIVOS: _____
+ AVP TROCADOS: _____
+ AVP RETIRADOS: _____
+ CVC RETIRADA: _____
+ BANHOS NO LEITO: _____
+ EVOLUÍDOS: _____

❖ **CENSO DIÁRIO:**

+ **ALTA (nome do paciente, motivo, médico):**

TOTAL:

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

TOTAL:

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

TOTAL:

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

TOTAL:

+ **ÓBITO** (NOME DO PACIENTE, HORA):

TOTAL:

GOVERNO DO MARANHÃO

ANVISA

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
RODOVIA MA 014, KM 4.5, SANTA EULÁLIA, VIANA-MA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Prontuário:

Nome:

Idade: | Sexo: | Leito: | Dados Clínicos:

BIOQUÍMICA
- ☐ ÁCIDO ÚRICO
- ☐ ALBUMINA
- ☐ BILIRRUBINA
- ☐ COLESTEROL HDL
- ☐ COLESTEROL LDL
- ☐ COLESTEROL TOTAL
- ☐ CREATININA
- ☐ GLICOSE JEJUM
- ☐ GLICOSE PÓS-PRANDIAL
- ☐ HB. GLICOSILADA
- ☐ LIPIDOGRAMA
- ☐ PROTEÍNAS TOTAIS
- ☐ PROTEÍNOGRAMA
- ☐ TRIGLICERÍDEOS
- ☐ URÉIA

ELETRÓLITOS
- ☐ CÁLCIO
- ☐ CLORETO
- ☐ FERRO SÉRICO
- ☐ FÓSFORO
- ☐ MAGNÉSIO
- ☐ POTÁSSIO
- ☐ SÓDIO

LÍQUOR
- ☐ CITOLOGIA GLOBAL E ESPECIF.
- ☐ DHL
- ☐ GLICOSE CLORETOS, PROT.

ENZIMAS
- ☐ AMILASE
- ☐ CK-MB
- ☐ CPK
- ☐ DHL
- ☐ FOSFATASE ÁCIDA
- ☐ FOSFATASE ALCALINA
- ☐ GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE
- ☐ LIPASE
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ TRANSFERRINA

URINA
- ☐ CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA
- ☐ T.I.G.
- ☐ TIPO I

FEZES
- ☐ CULTURA
- ☐ PARASITOLÓGICO
- ☐ ROTAVÍRUS
- ☐ SANGUE OCULTO
- ☐ PESQ. DE SUBST. REDUTORAS

PROVAS REUMÁTICAS
- ☐ ANTIESPREPTOLISINA
- ☐ FATOR REUMATÓIDE
- ☐ MUCOPROTEÍNA
- ☐ PROTEÍNA C/ REATIVA
- ☐ TESTE DO LATÉX
- ☐ WALEER ROSE

PROVAS FUNCIONAIS
- ☐ CALCIÚRIA
- ☐ CURVA GLIC. CLÁSSICA
- ☐ DEPURAÇÃO CREATININA
- ☐ FOSFATÚRIA
- ☐ PROTEINURIA
- ☐ PROVA DE SOBRECARGA GLIC.
- ☐ URICOSÚRIA

IMUNOLOGIA
- ☐ ANTI HCV
- ☐ ANTI-HBC igM
- ☐ ANTI-HBCT
- ☐ ANTI-HIV
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS IgG
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS IgM
- ☐ HBE Ag
- ☐ ABsAg
- ☐ HVA IgG
- ☐ HVA IgM
- ☐ MONONUCLEOSE
- ☐ REAÇÃO DE WIDAL
- ☐ RUBÉOLA IgG
- ☐ RUBÉOLA IgM
- ☐ SOROLOGIA - VDRL
- ☐ TOXOPLASMOSE IgG
- ☐ TOXOPLASMOSE IgM

HORMÔNIOS
- ☐ ANTIMICROSSOMAL
- ☐ ANTITIROGLOBULINA
- ☐ BETA - HCG
- ☐ C3 E C4
- ☐ CEA
- ☐ CORTISOL
- ☐ ESTRADIOL
- ☐ FERRITINA
- ☐ FSH
- ☐ GH
- ☐ HAFP
- ☐ HCG
- ☐ HORMÔNIO DO CRESCIMENTO
- ☐ LH
- ☐ PROGESTERONA
- ☐ PROLACTINA
- ☐ PSA
- ☐ T3
- ☐ T3 LIVRE
- ☐ T4
- ☐ T4 LIVRE
- ☐ TESTOSTERONA
- ☐ TIROGLOBULINA
- ☐ TSH
- ☐ WMA

COAGULAÇÃO
- ☐ COAGULOGRAMA
- ☐ T.G. + T.C.
- ☐ TIPAGEM SANGUÍNEA
- ☐ T. PROTROMBINA
- ☐ TTPA
- ☐ FIBRINOGÊNIO

HEMATOLOGIA
- ☐ CÉLULAS LE
- ☐ FALCIZAÇÃO
- ☐ HEMOGRAMA
- ☐ HEMOSSEDIMENTAÇÃO
- ☐ MIELOGRAMA
- ☐ RETICULÓCITOS

OUTROS
- ☐ COOMBS DIRETO
- ☐ COOMBS INDIRETO
- ☐ D.U.

Data: / /

Solicitante: (assinatura e carimbo)

O ATENDIMENTO NESTE HOSPITAL É UNIVERSAL E GRATUITO

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
VIANA-MA

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

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

PACIENTE: _____ DIAGNÓSTICO: _____

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

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

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

OBS:

GOVERNO DO MARANHÃO

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

NVISA

SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nome:			Nº		
Idade:	Sexo:	Est.Civil	Religião	Data	
Psicológo (a):			Médico:		
Serviço/depto			Diag. Médico		
Data / /					
1 ESTADO EMOCIONAL GERAL					
			Bom	Reg.	Ruim S/Dados
Autoconceito			( )	( )	( ) ( )
Auto- Estima			( )	( )	( ) ( )
Ansiedade			( )	( )	( ) ( )
Depressão			( )	( )	( ) ( )
Inform. sobre a Doença			( )	( )	( ) ( )
Inform. Sobre Tratamento			( )	( )	( ) ( )
Relação com a Doença			( )	( )	( ) ( )
Estrutura Emocional Básica			( )	( )	( ) ( )
Defesas Predominantes			( )Positivas		( )Negativas
Ruptura Psicótica			( )Sim		( )Não
Obs:					
2 SEQUELAS EMOCIONAIS DO PACIENTE					
					Presente Ausente
				Forte	Leve
Com Internação Anterior			( )	( )	( )
Com Tratamento Anterior			( )	( )	( )
Com Cirurgia Anterior			( )	( )	( )
Com Separações			( )	( )	( )
Com Perdas/Óbitos			( )	( )	( )
Obs:					
3 TEMPERAMENTO EMOCIONAL OBSERVADO					
Introvertido	( )		Acentuado	( )	
Extrovertido	( )		Compensado	( )	
4 POSTURA FRENTE A DOENÇA E A VIDA					
Tendência Bifólia	( )		Tendência Necrófila	( )	
5 ESTADO ATUAL FRENTE A DOENÇA/HOSPITALIZAÇÃO E A VIDA					
Negação	( )		Revolta	( )	
Barganha	( )		Depressão	( )	
Aceitação	( )		Ganho Secundário	( )	
Obs:					

Assinatura do Profissional

HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE
SINAIS VITAIS

VISA

PACIENTE: _____ IDADE:_____

DIAGNÓSTICO: _____ LEITO:_____

DATA:

HORA	PA	FC	FR	TEMP	SPO2	Glicemia	INPH	Insulina esquema	DIURESE	Residuo Gástrico
07:00										
08:00										
09:00										
10:00										
11:00										
12:00										
13:00										
14:00										
15:00										
16:00										
17:00										
18:00										
19:00										
20:00										
21:00										
22:00										
23:00										
00:00										
01:00										
02:00										
03:00										
04:00										
05:00										
06:00										

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
CNPJ: 06.033.740/0013-44
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

GOVERNO DO MARANHÃO

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ordem	Idade	PROCEDIMENTOS							Outros Procedimentos	Endereço	Assinatura
		Injeção	Satura	Drenag.	R.C. Es	P.A	Nebuliz	Curat.			

Data: _____/_____/20_____

_____
Atendente

_____
Médico

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 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

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

[CIDADE], XX de XX de XXXX.

PROPONENTE
(ASSINATURA E CARIMBO CNPJ)