

1. DIAGNÓSTICO: _____ ANTECEDENTES: _____	Nome: _____
	Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Leito: _____ Atendimento: _____ Etiqueta

2. **LEGENDA:** Não se Aplica (NA) Sim (S) Não (N)

3. **INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS:** NÃO () SIM () _____

4. **PENDÊNCIAS DE EXAMES OU AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTAS.** NÃO () SE SIM. _____

5. **PROTOCOLOS ACOMPANHADOS/PROFILAXIAS:**

LESÃO POR PRESSÃO () SIM () NÃO	QUEDA () SIM () NÃO
BRONCOASPIRAÇÃO () SIM () NÃO () NA	FLEBITE () SIM () NÃO
PNEUMONIA ASSOCIADA À VM () SIM () NÃO () NA	ÚLCERA GÁSTRICA () SIM () NÃO
TROMBO EMBOLIA VENOSA (TEV) () NA () SIM () RISCO BAIXO () RISCO MODERADO () RISCO ALTO	
PROFILAXIA: () MECÂNICA () MEDICAMENTOSA	PERDA DE DISPOSITIVO () SIM () NÃO () NA
HOUE EVENTO ADVERSO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS? () SIM () NÃO	FOI NOTIFICADO NO INTERACT? () SIM () NÃO

6. **CONTROLE DE CATETERES/SONDAS – LOCAL E DATA DE INSERÇÃO**

DISPOSITIVO	LOCAL	DATA DE INSERÇÃO	DISPOSITIVO	LOCAL	DATA DE INSERÇÃO
CATETER CENTRAL () NA			DRENOS:		
ACESSO PERIFÉRICO () NA			SONDA VESICAL DE DEMORA () SIM () NÃO		
PRESSÃO INVASIVA () NA			GASTROSTOMIA () SIM () NÃO		
TUBO OROTRAQUEAL () NA			SONDA ENTERAL () SIM () NÃO		
TRAQUEOSTOMIA () NA			OUTROS		

7. SEDAÇÃO () SIM () NÃO ESCALA DE RAMSAY: _____ DESPERTAR DIÁRIO () SIM () NÃO () NA ESCALA DE GLASGOW _____ () NA OBS.: _____	8. CONFORTO / ANALGESIA PROTOCOLO DE DOR ADEQUADO: () SIM () NÃO () NA DELIRIUM PRESENTE NAS ÚLTIMAS 24 HORAS: () SIM () NÃO () NA OBS.: _____
--	--

09. INFECÇÃO () NÃO () SIM _____ CULTURA EM ANDAMENTO () NÃO () SIM _____ FOCO SUSPEITO: _____ PRECAUÇÃO: () CONTATO () RESPIRATÓRIO () GOTÍCULAS () NA	10. NUTRIÇÃO () SIM () NÃO FONO ACOMPANHAMENTO () SIM () NÃO JEJUM () Não () SIM MOTIVO: _____ ORAL () SIM () NÃO DIETA ENTERAL () SIM () NÃO NUTRIÇÃO PARENTERAL () SIM () NÃO
--	---

11. FARMÁCIA INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA () SIM () NÃO ALERGIA () NÃO () SIM RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA () SIM () NÃO ANTIBIÓTICOS: () NÃO () SIM INTERVENÇÕES: _____	12. FISIOTERAPIA SUPORTE VENTILATÓRIO () SIM () NÃO OXIGENIOTERAPIA () SIM () NÃO 13. NECESSIDADE DE APOIO AO PACIENTE PSICOLOGIA () SIM () NÃO FONOAUDIOLOGIA () SIM () NÃO RELATO DE DOR: () NÃO () SIM _____
--	--

14. PLANO DO DIA:	META ALCANÇADA: () SIM () NÃO

PREVISÃO DE ALTA: () SIM () NÃO

MÉDICO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
NUTRICIONISTA	FARMACÊUTICO	OUTROS