

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ ETIQUETA

Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

**Hipóteses Diagnósticas**

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	

**Procedimentos**

NO	De:	Até:	
Cateter 02	De:	Até:	
CPAP	De:	Até:	
VPM	De:	Até:	

**Observação:**

<b>Fototerapia</b>	( ) Sim ( ) Não	De:	Até:
<b>Eritropoetina</b>	( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___	
<b>EX Transfusão</b>	( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___	
<b>Hemocomponentes</b>	Hemácias:		
	Plasma:		
	Plaquetas:		
	Outros:		
<b>Nutrição</b>	Jejum:		
	Enteral:		
	VO:		
	NPP:		
<b>Acesso Venoso</b>	Cateter umbilical:		
	Venodissecação:		
	PICC:		
	Outro:		
<b>Cirurgias</b>			
<b>Drogas Vasoativas/ Sedação</b>			

Exames	
FO	
ECO	
US	
CT	
Outros	
aEEG	
Hemo	
Uro	
LCR	
Sorologias	
Outras	
<b>Observação:</b>	
Antibioticoterapia	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	