



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS/WANDA DE AGUIAR HORTA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ NOME SOCIAL: _____
 PFJ: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____ SEXO: MASCULINO FEMININO
 NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ ACOMPANHANTE: NÃO SIM: _____
 PROCEDÊNCIA: CASA RUA UBS/UBSF UPA HOSPITAL TRABALHO ESCOLA OUTROS: _____
 ENTRADA: MEIOS PRÓPRIOS SAMU RESGATE OUTROS: _____
 INFORMANTE: PACIENTE FAMILIAR AMIGO PROFISSIONAL DA SAÚDE OUTROS: _____
 QUEIXA PRINCIPAL: _____ DURAÇÃO: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

AUSÊNCIA DOENÇAS BRONQUITE NEOPLASIA: _____ TABAGISTA
 HAS EPILEPSIA DIST.COMPORTAMENTAL ETILISTA
 DM IRC HIV/SIDA DROGADITO
 DPOC AVC HEPATITE: _____
 ASMA CARDIOPATIA: _____ OUTRAS: _____
 ALERGIA: _____ CIRURGIA: _____ MEDICAÇÕES EM USO: _____

TIPO DE OCORRÊNCIA

AC. AUTOMOBILÍSTICO VIOLÊNCIA: _____ ELETROCUSSÃO PSIQUIÁTRICA
 AC. MOTOCICLÍSTICO QUEDA: _____ AVULSÃO EMERG. CLÍNICA:
 AC. CICLÍSTICO QUEIMADURA EMPALAMENTO _____
 ATROPELAMENTO FER.ARMA BRANCA ANIMAL PEÇONHENTO _____
 AFOGAMENTO FER. ARMA FOGO PARTO/ABORTO OUTRO: _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

SINAIS VITAIS

PA (mmhg)	FC (bpm)	Tax. (°C)	R (mrpm)	SatO2 (%)	GLICEMIA (mg/dl)	DOR (1 à 10)

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – TOTAL: _____

ABERTURA OCULAR

- (4) ESPONTÂNEA
- (3) AO COMANDO VERBAL
- (2) À DOR
- (1) AUSENTE

MELHOR RESPOSTA MOTORA

- (6) OBEDECE AO COMANDO
- (5) LOCALIZA DOR
- (4) FLEXÃO INESPECÍFICA
- (3) FLEXÃO HIPERTÔNICA
- (2) EXTENSÃO HIPERTÔNICA
- (1) SEM RESPOSTA

MELHOR RESPOSTA VERBAL

- (5) ORIENTADO
- (4) DESORIENTADO E CONVERSANDO
- (3) PALAVRAS INAPROPRIADAS
- (2) SONS INCOMPREENSÍVEIS
- (1) SEM RESPOSTA

PUPILAS ISOCÓRICAS PUPILAS ARREATIVAS RINOLIQUORRÉIA PARESIA MSD MSE MID MIE
 ANISOCORIA D>E PUP. FOTORREATIVAS OTOLIQUORRÉIA PLEGIA MSD MSE MID MIE
 ANISOCORIA E>D SINAL DE GUAXINIM EDEMA PERIORBITÁRIO PARESTESIA MSD MSE MID MIE
 MIDRIASE BILATERAL SINAL DE BATTLE FORÇA MUSCULAR ESCALPO/LACERAÇÃO
 MIOSE BILATERAL SINAL DUPLO ANEL PRESERVADA FERIMENTO PENETRANTE

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS (COONG) E REGIÃO CERVICAL

ALTERAÇÕES NÃO VISUAL AUDITIVA OLFATIVA GUSTATIVA TÁTIL CITE: _____
 VAS DESOBRUÍDAS VAS OBRUÍDAS DOR CERVICAL CREPITAÇÃO CERVICAL

CIRCULAÇÃO

ESTASE JUGULAR PULSO RÍTMICO ENCHIM. CAPILAR <3 seg. MARCAPASSO
 EDEMA _____ PULSO ARRÍTMICO BULHAS AUSENTES DOR TORÁCICA ___ MIN/H
 AUSÊNCIA DE PULSO PULSO CHEIO BCHF IRRADIAÇÃO: _____
 NORMOCARDIA PULSO FILIFORME BCNRNF/SS AVP: _____
 BRADICARDIA PULSO PERIFÉRICO SOPROS
 TAQUICARDIA PRESERVADO ARRITMIA _____

OXIGENAÇÃO

EUPNÉIA TOSSE: SECA/PRODUTIVA HIPERTIMPANISMO CORNAGEM
 BRADIPNÉIA EXPECTORAÇÃO MACICEZ USO PRÉVIO DE O2
 TAQUIPNÉIA HEMOPTISE DOR PALPAÇÃO TÓRAX MÁSCARA O2 ___ l/min

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DISPNEIA Leve/M/Grave | <input type="checkbox"/> EPISTAXE | <input type="checkbox"/> MURMÚRIO VESICULAR | <input type="checkbox"/> CATETER NASAL ___l/min |
| <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA | <input type="checkbox"/> LESÃO ABERTA TÓRAX | <input type="checkbox"/> MV ↓ À DIREITA | <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO ___l/min |
| <input type="checkbox"/> DISP. PAROX. NOTURNA | <input type="checkbox"/> DESVIO DE TRAQUEIA | <input type="checkbox"/> MV ↓ À ESQUERDA | <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO/TOT Nº ___ |
| <input type="checkbox"/> CHEYNE-STOKES | <input type="checkbox"/> AFUNDAMENTO TÓRAX | <input type="checkbox"/> RONCOS: _____ | <input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO |
| <input type="checkbox"/> KUSMALL | <input type="checkbox"/> ABAULAMENTO TÓRAX | <input type="checkbox"/> SIBILOS: _____ | |
| <input type="checkbox"/> TIRAGEN INTERCOSTAL | <input type="checkbox"/> ENFISEMA SUBCUTÂNEO | <input type="checkbox"/> CREPITAÇÕES: _____ | |
| <input type="checkbox"/> BATIMENTO ASA NARIZ | <input type="checkbox"/> SOM CLARO PULMONAR | <input type="checkbox"/> ATRITO PLEURAL | |

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA/HIDRATAÇÃO

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PELE ÍNTEGRA | <input type="checkbox"/> NORMOCORADA | <input type="checkbox"/> ICTÉRICA (___+/4+) | <input type="checkbox"/> MANCHAS/MÁCULAS |
| <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES | <input type="checkbox"/> HIPOCORADA (___+/4+) | <input type="checkbox"/> TURGOR MANTIDO | <input type="checkbox"/> NÓDULO: _____ |
| <input type="checkbox"/> FCC | <input type="checkbox"/> SUDORESE INTENSA | <input type="checkbox"/> TURGOR DIMINUÍDO | |
| <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA | <input type="checkbox"/> HEMATOMA _____ | <input type="checkbox"/> ACIANÓTICA | |
| <input type="checkbox"/> PELE SECA | <input type="checkbox"/> ANICTÉRICA | <input type="checkbox"/> CIANÓTICA (___+/4+) | |

REGULAÇÃO ABDOMINAL

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO PESO_ | <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE | <input type="checkbox"/> RHA PRESENTES | <input type="checkbox"/> MASSAS |
| ___kg/___dias/meses | <input type="checkbox"/> ABD. PLANO | <input type="checkbox"/> RHA DIMINUÍDOS | <input type="checkbox"/> VISCEROMEGALIAS |
| <input type="checkbox"/> SIALORRÉIA | <input type="checkbox"/> ABD. ARREDONDADO | <input type="checkbox"/> RHA HIPERATIVOS | <input type="checkbox"/> HERNIAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA | <input type="checkbox"/> ABD. PROTUBERANTE | <input type="checkbox"/> TIMPANISMO | <input type="checkbox"/> DOR À PALPAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> PIROSE | <input type="checkbox"/> ABD. ESCAVADO | <input type="checkbox"/> MACICEZ | <input type="checkbox"/> SINAL DE DESCOMPRESSÃO |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS/VÔMITOS | <input type="checkbox"/> RHA AUSENTES | <input type="checkbox"/> ASCITE | <input type="checkbox"/> BRUSCA DOLOROSA |

NUTRIÇÃO

- DIETA ZERO DIETA LIBERADA APETITE PRESERVADO VIA ORAL SNG/SOG SNE

ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SINAL DE GIODANO(___+/4+) | <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA | <input type="checkbox"/> BEXIGOMA | <input type="checkbox"/> DIARRÉIA |
| <input type="checkbox"/> URINA FISIOLÓGICA | <input type="checkbox"/> NICTÚRIA | <input type="checkbox"/> RINS INDOLORES | <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> URINA ANORMAL _____ | <input type="checkbox"/> DISÚRIA | <input type="checkbox"/> DOR RENAL | <input type="checkbox"/> FECALOMA |
| <input type="checkbox"/> FLUXO ADEQUADO | <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA | () SEM IRRADIAÇÃO | <input type="checkbox"/> MELENA |
| <input type="checkbox"/> INCONT. URINÁRIA | <input type="checkbox"/> COLÚRIA | () COM IRRADIAÇÃO _____ | <input type="checkbox"/> HEMATOQUEZIA |
| <input type="checkbox"/> POLIÚRIA | <input type="checkbox"/> PIÚRIA | <input type="checkbox"/> SVD Nº ___drenagem: _____ml | <input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA |
| <input type="checkbox"/> POLACIÚRIA | <input type="checkbox"/> TENESMO | <input type="checkbox"/> SVA ___/___h | <input type="checkbox"/> HEMORRÓIDA |
| <input type="checkbox"/> ANÚRIA | <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA | <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA FECAL | <input type="checkbox"/> OSTOMIA |

GENTÁRIA

ALTERAÇÃO: ()NÃO ()SIM _____

AVALIAÇÃO DE EXTREMIDADES

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> DESALINHAMENTO MEMBRO | <input type="checkbox"/> FERIDA | <input type="checkbox"/> TREMOR | <input type="checkbox"/> FRATURA _____ |
| <input type="checkbox"/> EDEMA | <input type="checkbox"/> INCISÃO | <input type="checkbox"/> SENS.TÁTIL ANORMAL | <input type="checkbox"/> INSTABILIDADE PÉLVICA |
| <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO | <input type="checkbox"/> PRÓTESE | <input type="checkbox"/> DOR À PALPAÇÃO | <input type="checkbox"/> ESPASMOS/CAIMBRAS |
| <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO | <input type="checkbox"/> ÓRTESE | <input type="checkbox"/> CREPITAÇÃO ÓSSEA | |

MECÂNICA CORPORAL, LOCOMOÇÃO, MOTILIDADE, EXERCÍCIOS E ATIVIDADE FÍSICA

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DEPENDENTE | <input type="checkbox"/> NÃO COOPERATIVO | <input type="checkbox"/> REPOUSO ABSOLUTO | <input type="checkbox"/> DEC. VENTRAL |
| <input type="checkbox"/> POUCO DEPENDENTE | <input type="checkbox"/> POUCO COOPERATIVO | <input type="checkbox"/> REPOUSO RELATIVO | <input type="checkbox"/> DEC. LATERAL D |
| <input type="checkbox"/> INDEPENDENTE | <input type="checkbox"/> COOPERATIVO | <input type="checkbox"/> DECÚBITO DORSAL | <input type="checkbox"/> DEC. LATERAL E |

SONO E REPOUSO

- PRESERVADO ALTERADO _____ MEDICAÇÃO PARA DORMIR _____

CUIDADO CORPORAL

- ADEQUADO INADEQUADO

HIGIENIZAÇÃO BUCAL

- ADEQUADA INADEQUADA

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> APÁTICO | <input type="checkbox"/> CALMO | <input type="checkbox"/> AMEDRONTADO | <input type="checkbox"/> ATITUDE DE NEGAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> ORIENTADO | <input type="checkbox"/> TRISTE | <input type="checkbox"/> ANSIOSO | <input type="checkbox"/> DESCONTROLE VERBAL |
| <input type="checkbox"/> DESORIENTADO | <input type="checkbox"/> ALEGRE | <input type="checkbox"/> CHOROSO | <input type="checkbox"/> EM PÂNICO |
| <input type="checkbox"/> MEMÓRIA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> AGITADO | <input type="checkbox"/> CONFUSO | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |
| <input type="checkbox"/> ALERTA | <input type="checkbox"/> AGRESSIVO | <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO | |

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

PRÁTICA RELIGIÃO ()NÃO ()SIM: _____ REQUER ACOMPANHANTE RELIGIOSO/ESPIRITUAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> PERAMBULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS | <input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA: ()VISUAL () AUDITIVA ()CINESTÉSICA ()GUSTATIVA ()TÁTIL () OLFATIVA |
| <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS | <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA | <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO DEFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | <input type="checkbox"/> MEMÓRIA PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO | <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA IDENTIDADE PESSOAL |
| <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE | <input type="checkbox"/> RISCO DE DÍADE MÃE/FETO PERTURBADA |
| <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO |
| <input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> SÍNDROME PÓS-TRAUMA |
| <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA | <input type="checkbox"/> ANSIEDADE |
| <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO | <input type="checkbox"/> SOBRECARGA DE ESTRESSE |
| <input type="checkbox"/> DIARRÉIA | <input type="checkbox"/> MEDO |
| <input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL | <input type="checkbox"/> PESAR |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO DE SONO PREJUDICADO | <input type="checkbox"/> DISPOSIÇÃO PARA RELIGIOSIDADE AUMENTADA |
| <input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> FADIGA | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE CHOQUE | <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO | <input type="checkbox"/> RISCO DE DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE PERFUSÃO RENAL INEFICAZ | <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDAS |
| <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ | <input type="checkbox"/> AUTOMUTILAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CARDÍACA DIMINUÍDA | <input type="checkbox"/> RISCO DE SUICÍDIO |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ | <input type="checkbox"/> RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE PERFUSÃO GASTRINTESTINAL INEFICAZ | <input type="checkbox"/> RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO | <input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | <input type="checkbox"/> RISCO DE ENVENENAMENTO |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA |
| <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA |
| <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO | <input type="checkbox"/> DOR AGUDA |
| <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA UNILATERAL | <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO |

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/>	VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____H/MIN. E COMUNICAR ALTERAÇÕES AO ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/>	VERIFICAR POSICIONAMENTO DE SNG/SNE ANTES DE ADMINISTRAR DIETA/MEDICAÇÃO, BEM COMO, INFUNDIR 20 ML DE ÁGUA APÓS TAL PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/>	REALIZAR DEXTRO	<input type="checkbox"/>	REALIZAR SONDA GEM VESICAL DE DEMORA, UTILIZANDO SONDA FOLEY Nº____ E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO
<input type="checkbox"/>	PUNÇONAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM_____(local) E OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS (hiperemia, calor, rubor e edema)	<input type="checkbox"/>	REALIZAR SONDA GEM VESICAL DE ALÍVIO ____/____H. SVA Nº____ E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO
<input type="checkbox"/>	AVALIAR OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA E RETIRAR CORPO ESTRANHO S/N.	<input type="checkbox"/>	PREPARAR PACIENTE PARA EXAME GINECOLÓGICO
<input type="checkbox"/>	COLOCAR CÂNULA DE GUEDEL Nº_____.	<input type="checkbox"/>	AUSCULTAR BATIMENTOS CARDIOFETAIS E COMUNICAR ALTERAÇÕES (↓120 bpm ou ↑160 bpm)
<input type="checkbox"/>	ASPIRAR VIAS AÉREAS SUPERIORES QUANDO HOVER SECREÇÃO	<input type="checkbox"/>	PREPARAR PACIENTE PARA EXAME RETAL
<input type="checkbox"/>	ADMINISTRAR OXIGÊNIO SUPLEMENTAR ANTES E APÓS CADA ASPIRAÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	ADMINISTRAR FLEET ENEMA E ATENTAR PARA RESULTADO SATISFATÓRIO
<input type="checkbox"/>	AUXILIAR ENTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/>	ATENTAR PARA DOR, ANOTANDO PROVIDÊNCIAS
<input type="checkbox"/>	ASPIRAR TUBO OROTRAQUEAL SEMPRE QUE NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE DE TÉCNICA ASSÉPTICA	<input type="checkbox"/>	REALIZAR IMOBILIZAÇÃO DE _____ (local)
<input type="checkbox"/>	ADMINISTRAR OXIGÊNIO ÚMIDO EM FLUXO DE ____L/MIN COM MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO / CATÉTER NASAL.	<input type="checkbox"/>	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE ____/____H/MIN
<input type="checkbox"/>	ADMINISTRAR INALOTERAPIA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	ELEVAR MEMBROS INFERIORES
<input type="checkbox"/>	MANTER DECÚBITO ELEVADO A 30°, SE DISPNEIA	<input type="checkbox"/>	CONTER PACIENTE NO LEITO, ATENTANDO PARA EDEMA, LESÃO, PALIDEZ E CIANOSE
<input type="checkbox"/>	INSTALAR COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.	<input type="checkbox"/>	PREENCHER NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE _____, BEM COMO, DAR ORIENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA/OCORRIDO AO PACIENTE
<input type="checkbox"/>	DIAGNOSTICAR PRECOCEMENTE SINAIS DE CHOQUE	<input type="checkbox"/>	ADMINISTRAR VACINAÇÃO: () ANTIRRÁBICA () ANTITETÂNICA
<input type="checkbox"/>	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA E COMUNICAR ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/>	PREENCHER COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO, BEM COMO, ENTREGAR/RETER VIAS
<input type="checkbox"/>	CONTROLAR HEMORRAGIAS COM: PRESSÃO DIRETA, CURATIVO COMPRESSIVO, PRESSÃO A NÍVEL ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	APLICAR PROTOCOLO DA DENGUE (PA SENTADO, PA DEITADO, PROVA DO LAÇO, HEMOGRAMA, NS1/SOROLOGIA, CARTÃO DE INFORMAÇÕES AO CLIENTE, SINAIS DE ALARME E SINAIS DE CHOQUE)
<input type="checkbox"/>	REALIZAR MONITORIZAÇÃO CARDÍACA/OXIMETRIA DE PULSO CONTINUAMENTE E COMUNICAR ALTERAÇÕES AO ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/>	OFERECER SORO REIDRATAÇÃO ORAL E/OU LÍQUIDOS
<input type="checkbox"/>	ATENTAR PARA ALTERAÇÃO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (Escala de Coma de Glasgow)	<input type="checkbox"/>	AUXILIAR EM SUTURA
<input type="checkbox"/>	MANTER GRADES ELEVADAS	<input type="checkbox"/>	REALIZAR CURATIVO EM _____ (local) UTILIZANDO _____ (material).
<input type="checkbox"/>	PREVENIR HIPOTERMIA, UTILIZANDO COBERTORES, MANTA TÉRMICA OU SF0,9% AQUECIDO	<input type="checkbox"/>	REALIZAR CURATIVO DE 03 PONTOS EM_____(local) UTILIZANDO FILME PLÁSTICO E MICROPORE
<input type="checkbox"/>	TRATAR HIPERTERMIA COM BANHO MORNO OU COMPRESSAS EMBEBIDAS EM ÁGUA NATURAL SOBRE ÁREAS DE GRANDE CIRCULAÇÃO SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>	RESFRIAR A QUEIMADURA COM SF 0,9% OU ÁGUA LIMPA A TEMPERATURA AMBIENTE
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR QUANTO A NECESSIDADE DE DIETA ZERO	<input type="checkbox"/>	RETIRAR, E ENTREGAR À FAMÍLIA, PERTENCES DO PACIENTE
<input type="checkbox"/>	ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	<input type="checkbox"/>	APLICAR CUIDADOS PÓS-ÓBITO
<input type="checkbox"/>	REALIZAR SONDA GEM NASOGÁSTRICA, UTILIZANDO SNG Nº_____	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	REALIZAR SONDA GEM OROGÁSTRICA. SOG Nº_____	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	REALIZAR/REPASSAR SONDA GEM NASOENTERAL, TESTAR POSICIONAMENTO E	<input type="checkbox"/>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO: () NÃO () SIM

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:

ENFERMEIRO/COREN: _____