

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F Leito/Andar: _____ Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui. Data da Adm: ____/____/____ Hora: _____ Origem: _____ Diag: _____ HPP: _____	Braden admissão: _____ Braden semanal: _____ Úlcera por pressão ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguda ☐ Externa Regiões/estágios: _____ Notificado em: ____/____/____ CURATIVOS/COBERTURAS	PROCEDIMENTOS INVASIVOS D _____ AVP _____ D _____ PVP _____ D _____ PAM _____ ☐ VIGILED D _____ PVP _____ P/SWAN GANZ D _____ PVP _____ P/HD D _____ ☐ CNE ☐ COE D _____ CVD Lesão Genital: ☐ S ☐ N D _____ GTT D _____ Dreno _____ D _____ Dreno _____	SOLUÇÕES Dormonid: ____ ml/h Fentanil: ____ ml/h Nora: ____ ml/h Dobuta: ____ ml/h Ancoron: ____ ml/h Niprid: ____ ml/h Lasix: ____ ml/h Tridil: ____ ml/h Insulina: ____ ml/h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Desorientação: ☐ Sim ☐ Não Morse Adm: _____	VENTILAÇÃO ☐ Ventilador ☐ Ar ambiente ☐ D _____ TOT ☐ D _____ TGT ☐ CPAP ☐ Macro ____ 1/min	DIETAS ☐ Zero _____ ☐ VO ☐ Enteral a _____ ml/h ☐ Parenteral a _____ ml/h	Reposição: ____ ml/h Propofol: ____ ml/h ____ ml/h ____ ml/h
PRECAUÇÃO ☐ Área ☐ Contato: _____ ☐ Rastreamento ☐ Reserva Swabs em: ____/____/____	PROFILAXIA TEV: _____ PAV: _____ Mucosa: _____	FUNÇÃO VESICO-INTESTINAL UFI: ____/____/____ Diurese/Débito: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Baixo	ANTIBIÓTICO _____ D _____ _____ D _____ _____ D _____
EXAMES Realizados: _____ _____ _____ Pendentes: _____ _____		OBSERVAÇÕES	TRANSFERÊNCIA/ALTA Hora: ____:____ Destino: _____