

V 159



SAH - SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA
Ficha de Pronto-Atendimento

Nome: IRANILDES RODRIGUES SANTOS		Registro:	
RG: 0235176621-BA Em 20/01/2015	CPF: 43958680534	CNS: 702007808388182	57 Ano(s)
Cor: PARDA	OUTRO CPF	Religião: SEM INFORMAÇÃO	Visita Religiosa: N
Nasc.: 11/03/1966	Profissão:		
Mãe: LOURDES RODRIGUES SANTOS	Pai: JACINTO JOSE DOS SANTOS		
FEMININO	SOLTEIRO(A)	BRASIL	Natural de: JEQUIE-BA
End.: RUA DA PAZ 07		Tel: 71988047256	
Bairro: CENTRO	Cidade: LAURO DE FREITAS	UF: BA	CEP:
Socorrista: SAMUEL RODRIGUES OLIVEIRA		Tel: 71988047256	
Ent.: 09/08/2023 16:04:00	CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	

Impresso por MARIA LUZENIRA DE OLIVEIRA em 09/08/2023 16:56:10

Anamnese

Paciente do entrada na unidade com histórico de episódios de febre há 01 semana (38,5°C); enjôo, além de dor em articulações dos tornozelos, joelhos, punhos, anca e edema nas articulações e hipúria. Relato de perda de peso - Ademais, hoje evoluiu com disorientação, rigidez de nuca e hiperreflexia. Relato de episódios de AVC isquêmicos. Relato agudo supuração do AAS há 03 dias. Riqui sangramento gengival na saída.

Exame físico

BEC, desidratado em tempo e espaço, normotensa (130x76mmHg), taquicárdica. AR: MVB0, sem RA. Neuro: G15, D1RF, taquicárdica (119bpm). ACU: BRNF, 2T, taquicárdica. Ab: presença hipúria em tórax, abdome, MMSS e MII.

Suspeita Diagnóstico

Arterite? Dengue hemorrágica? (suspeita B)

Conduta Médica

- Solicitar TC de crânio w/contrast;
- Solicitar laboratório;
- 500ml de SFO, 9%, EV, no momento; dige, e reavaliado em 50;
- Dipirona 0,5g, EV, no momento;
- Tramadol (10mg) + Bromopride (10mg) EV, agora.

Saída:

Alta | Alta a pedido | Transf. | Evasão | Óbito

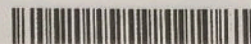
Data/Hora:

Carimbo/assinatura do médico

Dr. Manoel Feres Santos
Clínica Médica
CRM BA 32.320

09/08/23 Kholiz adeo de etonio re

Helaine N. França
COREN-BA 669814-TE



Amarelo

Nome: IGNORADO		Registro:	
RG:	CPF:	CNS:	57 Ano(s)
Cor: PARDA	OUTRO SEM DOCUMENTO	Religião: SEM INFORMAÇÃO	Visita Religiosa: N
Nasc.: 11/03/1966	Profissão:		
Mãe: SEM INFORMACAO	Paí: SEM INFORMACAO		
FEMININO	SOLTEIRO(A)	BRASIL	Natural de: JEQUIE-BA
End.: RUA DA PAZ 07			Tel: 71988047256
Bairro: CENTRO	Cidade: LAURO DE FREITAS	UF: BA	CEP:
Socorrista: SAMUEL RODRIGUES OLIVEIRA			Tel: 71988047256
Ent.: 09/08/2023 16:04:59	CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	

Impresso por CILENE DOS SANTOS SANTOS em 09/08/2023 16:05:39

18:

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Demanda Espontânea: <input checked="" type="checkbox"/>	Referenciado: <input type="checkbox"/>	SAMU - 192: <input type="checkbox"/>
Transporte Sanitário: <input type="checkbox"/>	Bombeiros / Polícia: <input type="checkbox"/>	UBS / ESF: <input type="checkbox"/>

QUEIXA

ESTADO GERAL

paciente com história de AVC passado. Acompanhado, relato que a paciente encontra-se com dificuldade de falar, teve episódio de náusea e vômito. Paciente não tem lembrança dos eventos nem mesmo do fato.

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS: <input checked="" type="checkbox"/>	ASMA: <input type="checkbox"/>	HEPATOPATIA: <input type="checkbox"/>	DUM: <input type="checkbox"/>
DM: <input type="checkbox"/>	CANCER: <input type="checkbox"/>	NEFROPATIA: <input type="checkbox"/>	Outas: <input type="checkbox"/>

SINAIS VITAIS

PA (mmHg): 130/70 (94)	FR (ipm): <input type="checkbox"/>	BCF (bpm): <input type="checkbox"/>	HGT (mg/dl): <input type="checkbox"/>
FC (bpm): 119	T (°C): 37,3°C	SPO ₂ (%): 94%	PESO (kg): <input type="checkbox"/>

PERFIL / OBSERVAÇÕES

Adulto: <input checked="" type="checkbox"/> Criança: <input type="checkbox"/> Gestante: <input type="checkbox"/>	Alergias: Não: <input type="checkbox"/> Sim: <input checked="" type="checkbox"/>	Qual: Benzotacil + Amoxicilina
Deficiência: Não: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/>	Tipo: Mental: <input type="checkbox"/> Física: <input type="checkbox"/> Visual: <input type="checkbox"/> Auditiva: <input type="checkbox"/>	

USO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS

*Uso de Somipain
Somipain cordão
Remédio fr. passado Não lembrar.*

Data/Hora:

09/08/23

Assinatura/carimbo do médico

Saída:

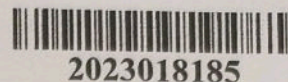
Alta | Alta a pedido | Transf. | Evasão | Óbito

Débora Fernanda de Araujo França
COREN-BA: 000.558.046 - ENF

Obs: Paciente esteve internada na unidade em março, por conta de AVC?, pois estava com melhora sintomática, ficando internada por 07 dias. Acompanhante, refere que a paciente, realizou exame de audição e ficou constatado (surdo).

SAH

SAH - SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO
HOSPITALAR
HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA
Ficha de Pronto-Atendimento



2023018185

Nome: IGNORADO		Registro:	
RG:	CPF:	CNS:	57 Ano(s)
Cor: PARDA	OUTRO SEM DOCUMENTO	Religião: SEM INFORMAÇÃO	Visita Religiosa: N
Nasc.: 11/03/1966		Profissão:	
Mãe: SEM INFORMACAO		Pai: SEM INFORMACAO	
FEMININO	SOLTEIRO(A)	BRASIL	Natural de: JEQUIE-BA
End.: RUA DA PAZ 07			Tel: 71988047256
Bairro: CENTRO	Cidade: LAURO DE FREITAS	UF: BA	CEP:
Socorrista: SAMUEL RODRIGUES OLIVEIRA			Tel: 71988047256
Ent.: 09/08/2023 16:04:59		CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Impresso por AMANDA CRISTINA DO NASCIMENTO DE MELO em 09/08/2023 16:49:53

Amnense

Exame físico

Suspeita Diagnóstico

Conduta Médica

Saída:

Alta | Alta a pedido | Transf. | Evasão | Óbito

Data/Hora:

Carimbo/assinatura do médico

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Iranilda Rodrigues
Santos
UNIDADE: DAA
LEITO: _____ REGISTRO: _____

Sexo: feminino Idade: 57 Peso: _____
Altura: _____ Estado Civil: solteiro
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Religião: _____

ADMISSÃO

Data: 10.08.23 Hora: 08:00 Origem: Domicílio Ambulatório Emergência Outros hospitais CC

Condição de Chegada: Deambulando Maca Cadeira de Rodas
Estado Emocional: Calmo Ansioso Agitado Outros

Informante: Paciente Responsável
Motivo da Internação: Dores nas articulações

Queixa Principal: Dores nas articulações Dor? Não Sim Intensidade: _____ (de 1 a 10)

Quando iniciou? _____ Como foi controlada em casa? _____

Mudança recente: _____ Grupo sanguíneo/Fator Rh: _____

Alergias: Não Medicamentosa Benzetacil Alimentar Outras

Hospitalização anterior: _____

Cirurgias anteriores: Não Sim Motivo: _____

Exames Recentes: Não Sim

Uso de Medicação: Não Sim Se sim, listar abaixo medicamento, dose e horário
Anticoagulantes

HISTÓRICO DE SAÚDE E DOENÇA

HISTÓRICO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO	HISTÓRICO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Tabagismo				Doenças infecto-contagiosas			
Neoplasia				Dislipidemia			
Doença Auto Imune				Etilismo			
Doença respiratória				Hipertensão			
Doença Renal				Transfusão Sanguínea			
Doença cardiovascular				Uso de drogas ilícitas			
Diabetes				Viroses na infância			
Distúrbios Comportamentais				Outros			

AValiação Fisiológica

1. Função Neurológica: Nível de consciência Orientado Desorientado Comatoso Torporoso Outros _____
Linguagem Clara Incompreensível Afásico Afônico Barreira de Idioma Outros _____

2. Sentidos: Problema de visão Não Sim _____ Óculos / Lente _____
Problema de audição Não Sim _____ Aparelho auditivo D E _____

3. Função Respiratória: Respiração Sem alteração Ruidosa Dispnéia Aleteo nasal Tosse _____

4. Atividade e Repouso Sedentarismo Não Sim Horas de sono / dia _____ Dificuldade de sono? Não Sim Aux. Para dormir _____

Nutrição

Apetite Normal Aumentado Diminuído

Redução da ingesta alimentar última semana? Não Sim

Mudança de peso últimos 3 meses? Não Sim

Ingesta diária de líquidos 0-5 copos 5-10 copos > 10 copos Restrição hídrica

Prótese Não Sim

Distúrbios Nenhum Náuseas Dor Pirose Disfagia Lesão na boca

Uso de sonda Não Sim

6. Eliminação

Diurese Sem alteração Incontinência Retenção Anúria Disúria Hematúria Piúria

Uso de sonda Não Gastrostomia Sonda Folley Outros _____

Dejeções Nº / dia Dor Sangue Ostomia Não Sim _____

Ritmo Intestinal Sem alterações Lento Acelerado Flatulência

Abdômen Globoso Flácido Distendido Ascítico Escavado Timpânico Plano

Vômito Não Sim Frequência _____ Aspecto _____

7. Aparelho Genito-urinário

Alteração Não observado Não Sim

Menopausa Não Sim Preventivo / Próstata Não Sim

8. Aparelho Reprodutor Feminino

Gestação atual planejada? Sim Não Aceita? Sim Não

DUM: _____ DPP: _____ Pré-natal: Não Sim Início _____ Nº de consultas _____

Sangramento e/ou perda de líquidos: Não Sim Qual: (especificar) _____

Contrações: Não Sim Frequência _____ Intensidade _____ Cólicas Sim Não

Gestações anteriores: Não Sim Quantas? _____ Complicações? _____

Partos: Não Sim Normal Cesário Fórceps Intervalo interpartal: _____

Aborto: Não Sim Quantos? _____ Curetagem: Não Sim

9. Pele

Cor: Sem alteração Cianose Icterícia Turgor / Elasticidade Sem alterações Diminuído

Edema: Não Sim Hematoma: Não Sim Prurido: Não Sim

Lesão: Não Sim Aspecto: _____ Localização: _____

FATORES DE RISCO

LESÃO DE PELE	FLEBITE	QUEDA
<input type="checkbox"/> Alteração no nível de consciência	<input type="checkbox"/> Criança / Idoso	<input type="checkbox"/> Criança / Idoso / Gestante
<input type="checkbox"/> Alteração na percepção sensorial	<input type="checkbox"/> Alteração no turgor da pele	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Déficit de mobilidade ou atividade	<input type="checkbox"/> Imunodepressão	<input type="checkbox"/> Confusão mental
<input type="checkbox"/> Déficit nutricional	<input type="checkbox"/> Fragilidade capilar	<input type="checkbox"/> Visão / audição diminuída
<input type="checkbox"/> Pele úmida / molhada	<input type="checkbox"/> Uso de quimioterápico	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural
<input type="checkbox"/> Fricção / Cisalhamento	<input type="checkbox"/> Medicamentos hiperosmolares	<input type="checkbox"/> Uso de álcool / drogas
<input type="checkbox"/> Limitações da mobilidade	<input type="checkbox"/> Antibióticoterapia	<input type="checkbox"/> Uso de medicação _____
<input type="checkbox"/> Fora de risco	<input type="checkbox"/> Fora de risco	<input type="checkbox"/> Fora de risco

AVALIAÇÃO PARA O AUTO-CUIDADO

Habilidade de autocuidado	0	1	2	3	4	Habilidade de autocuidado	0	1	2	3	4
Comida / Bebida						Mobilidade no leito					
Banho						Transferência					
Vestir / Arrumar						Deambulação					
Usar vaso sanitário						Subir escada					

Legenda: 0 – Independente 1 – Ajuda de equipamento 2 – Ajuda de pessoas 3 – Ajuda de equipamentos e pessoas 4 – Dependência

PEDIATRIA

Uso de Chupeta: Sim Não Amamentação: Sim Não Esq. Vacinação: Completo Incompleto

Sucção Débil Normal Moderada Em uso: Mamadeira Seio materno

Quem a criança busca para confortar-se? _____

Ass. / Cartão de Enfermeiro:

Carla de Souza Dias
BA 256816
ENFERMEIRO

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS

PACIENTE: Leoni Pires Rodrigues
 DATA DE NASCIMENTO:
 UNIDADE: PAA LEITO:

1. RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO - Escala de Braden

Pontuação	1	2	3	4
Fatores de Risco				
a) Percepção sensorial	Completamente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação <u>4</u>
b) Umidade da pele	Constantemente úmida	Muito úmida	Ocasionalmente úmida	Raramente úmida <u>4</u>
c) Atividade física	Acamado	Restrito à cadeira	Deambula ocasionalmente	Deambula frequentemente <u>4</u>
d) Mobilidade	Completamente imobilizado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação <u>4</u>
e) Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente <u>4</u>
f) Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema aparente	

Nível de Risco	Pontuação	Ação
Risco baixo	15 a 18 pontos	Mudança de decúbito + hidratação da pele com hidratante
Risco moderado	13 a 14 pontos	Mudança de decúbito + colchão cx. de ovo + hidratação da pele com hidratante
Risco alto	12 a 10 pontos	Mudança de decúbito + colchão cx. de ovo + hidratação da pele com hidratante + proteção de proeminências ósseas
Risco muito alto	≤ 9 pontos	Continuar as intervenções do risco alto + manejo da dor
DATA	Admissão	<u>10/08</u>
SCORE	Somatório:	<u>20</u>

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA - Escala de Morse

Item	Escala
1. Histórico de Queda	Não = 0 Sim = 25 <u>0</u>
2. Diagnóstico Secundário	Não = 0 Sim = 15 <u>0</u>
3. Auxílio na deambulação	Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional de saúde = 0 Muleta/Bengala/Andador = 15 Mobiliário/Parede = 30 <u>20</u>
4. Terapia endovenosa/ CVP	Não = 0 Sim = 20 <u>20</u>
5. Marcha	Normal/ sem deambulação/acamado/cadeira de Rodas = 0 Frac = 10 Comprometida/Cambaleante = 20 <u>0</u>
6. Estado Mental	Orientado/Capaz quanto a sua capacidade/limitação = 0 Superestima capacidade/Esquece limitações = 15 <u>0</u>
Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse Ação
Baixo risco	0 - 24 Intervenções de prevenção de quedas de baixo risco
Médio risco	25 - 44 Intervenções de prevenção de quedas de médio risco
Alto risco	≥ 45 pontos Intervenções de prevenção de quedas de alto risco
DATAS	Admissão <u>10/08</u>
SCORE	Somatório: <u>20</u>

28/03 às 21:49

em de pele equiva de enfermagem; por queixa de náuseas e prurido corporal. Encontro paciente no leito, lucida e orientada, vigil, referindo náuseas. Nega vômitos e abdominal. Apendo SSV: PA 100x80 mm Hg FC 93 FR 18 SatO2 98% AA Tx 36,8°C, Hcr Ao exame. Pênico: Bom estado geral, lucida e orientada, vigil, sem dificuldades físicas, z. ARZ: MVBVD com RA. ACV: BEXUF em 2 tempos com refluxo. EXT: Bom perfumado e edemas. ABD: Glóbulos em superfície de pâncreo edematoso, flácido, RHA+, indolente à palpação superficial e profunda. Devido quadro de choque com possibilidade de necrose de gástrica, colando biópsias venosa para 20 ml/kg. Ajuste biópsias; prescrevo em laboratório náuseas e Proneptazina para prurido (sem lantânio no medicamento).

28/03 às 00:35

envia pelo equiva de enfermagem por agitação psicômotora. Encontro paciente com lucidez de agitação psicômotora moderada. Identifica paciente confortavelmente; agitada, com 15, sem dificuldades físicas. Convulso com equiva para fome presença de náuseas, prurido de pele para manifestações múltiplas pruriginosas, vigilância e orientadas. Apendo SSV: PA 100x80 PFC 88 bpm FR 21 satO2 97% AA / HGT 109 mg/dL. Paciente encaminhada à sala de procedimentos. Paciente em regime de monitoria durante todo o período. Paciente em regime de monitoria durante todo o período. Paciente em regime de monitoria durante todo o período.

Dra. Alice Lima
Medicina
CRM-BY 13893



PACIENTE :	Sr(a). IRANILDES RODRIGUES SANTOS	Sexo :	F
CNS :	702007808388182	Data Nasc. :	11/03/1966
CPF :	439.586.805-34	Identidade :	0235176621
Data Exame :	09/08/2023	Atendimento :	027 / 0104245
Unidade :	HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**Técnica:**

Exame realizado com técnica multislice, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Relatório:

Não foram identificadas hipodensidades ou outras alterações focais parenquimatosas.

As demais estruturas que compõem o espaço subaracnoide (sulcos corticais, fissuras Sylvianas, cisternas basais e convexidade dos hemisférios cerebrais) estão normais para a faixa etária.

Sistema ventricular de topografia, forma e coeficientes de atenuação normais.

Não há evidências de coleções extra-axiais e/ou hemorragia intraparenquimatosa aguda.

Não há desvio das estruturas da linha média.

Ateromatose calcificada dos sífões carotídeos.

Sinusopatia maxilar crônica à direita.

Laudado por: TARCIO WANDERSON DE JESUS PEREIRA DA HORA

Assinado por: CREMEB-BA:21638 - TARCIO WANDERSON DE JESUS PEREIRA DA HORA

Dr. Tarcio Wanderson de Jesus Pereira da Hora
CRM: 21638-BA

Data Liberação: 10/08/2023 09:01:02

Página: 1 / 1

HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA

Queremos atendê-lo cada vez melhor. Portanto pedimos sua colaboração preenchendo nossa Pesquisa de Satisfação referente ao serviço de Diagnóstico por Imagem, através do site : <http://www.pppimagembahia.com.br>. Obrigado!



Hospital Geral
Menandro
de Faria

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

REGISTRO Nº

FOLHA DE ENFERMAGEM

Unidade: PARÁ

Nome: Iranildes Rodrigues Santos

DATA	HORA	MEDICAÇÃO - TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO	RUBRICA
10.08.23	08h	Paciente, sexo feminino admitida nesta unidade com suspeita de dengue, plaquetopenia + prothromboses e petequias. Encontra-se na maca, lucida e orientada, e voluiu hemodinâmica estável, VE-AA padrão confortável Glasgow 15. Ao exame: corada, apresenta hidratada, tórax simétrico expansivo bilateral, abdome globoso e glaciado indolor a palpação, apresenta petequias disseminadas em tórax, abdome e MMSS. Apresenta edema em MSD. Refere dores articulares. Em uso AVPer MSD sem sinais glosísticos. Segue aos cuidados da equipe.	
10/08	08:40	Paciente se encontra com febre por aferido temperatura (38,3) medicada CPM, re-afixado todo de vida.	Bedini com 1713632-TI
	11:30	Aferido SSVU - HGT, segue aos cuidados de enfermagem.	Bedini com 1713632-TI
10.08.23	16:40	Paciente com queixas de dor, solicitação avaliação pelo chefe plantonista, que mantém conduta, sendo medicada conforme prescrição. Segue em observação.	Bedini com 1713632-TI
10/08	18:00	Aferido SSVU, HGT, paciente apresentou febre (38,7) foi adm medicação (dipirona) CPM, segue aos cuidados de enfermagem.	Bedini com 1713632-TI

DATA	HORA	MEDICAÇÃO - TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO	RUBRICA
10/08/23	20:30	Paciente com queixas de calor, pouco consciente, agitada, chamando atenção. Não há avaliação dos parâmetros vitais normais.	Renata Cristina Silva Paixão Técnica de Enfermagem COREN - BA 0010683
10.08.23	21:25	Paciente com queixas de calor, provido, foi medicada anteriormente, avaliada por NP.	Renata Cristina Silva Paixão
10/08/23	23:00	Retorno sinais vitais, estável no momento.	Renata Cristina Silva Paixão
10.08.23	23:40	Família informa paciente mantendo agitação psicomotora, avaliada por enfermeira, sem sucesso, por agitação, médica plantonista presente, feito sinais vitais e medicada conforme prescrição.	Renata Cristina Silva Paixão
10/08/23	23:55	Membro plantonista avalia a paciente, apresenta membrais presentes (MEM) e ADAMS-TAKA.	Renata Cristina Silva Paixão
11.08.23	00:20	Paciente mantendo quadro de agitação, foi medicada, NP avalia, mantendo sinais estável, porém agitada.	Renata Cristina Silva Paixão
11.08.23	00:35	Paciente mantendo quadro de agitação, médico plantonista solicita transferência para leito de parada.	Renata Cristina Silva Paixão
11.08.23	00:40	Paciente transferida para leito de parada, acompanhada por equipe.	Renata Cristina Silva Paixão
11.08.23	00:41	Recebo paciente encaminhada do PA, em companhia da equipe de enfermagem em RNE, evoluindo para PER, iniciado RCP e IOT, paciente em assistolia durante todo período evoluindo para óbito. Decla-	Renata Cristina Silva Paixão



HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA

FOLHA DE AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA- EMERGENCIA

Nome: Iranildes Rodrigues Santos REG: 23018185 Idade: 57 Data Aval.: 10/10/81

DATA NASC.: 11/03/66 DATA ADM HOSPITAL: 09/08/23

DADOS INICIAIS

Histórico: plaquetopenia + Pródromos + Pétéquias + sangramentos gen
Delegue Hemorrágica

P2. AVC + miúto
P4. KAS.

em: Emergência () UTI () EXTERNO _____ Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Agitado () Outros

STÓRICO	S	N	HISTÓRICO	S	N	HISTÓRICO	S	N
gismo			D. infecto-contagiosas			Transfusão Sanguínea		
diasia			Dislipidemia			Uso de drogas ilícitas		
to Imune			Etilismo			Viroses na infância		
piratória			Hipertensão			D. cardiovascular		
nal			Diabetes			Dist. Comportamentais		

AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

ção Encontrado DD () DLD () DLE () Sedestração () Ventilação VE s/O2 () VE d/O2 () MV () TQ

ase

de consciência Orientado () Desorientado () Comatoso () Linguagem Normal () Disartria () Disfasia () Afasia

roso

dos Dist. Visual Não () Sim () Óculos / Lente Sistema Sensorial () Hipoestesia () Parestesia () Algia
Dist. Auditivo Não () Sim () Aparelho auditivo () D () E

Cor: () SA () Cianose () Ictericia Turgor / Elasticidade: () SA () Diminuído

Edema: () Não Sim () Anasarca () Cacifo Hematoma: () Não () Sim Prurido: () Não () Sim

Lesão: () Não Sim Localização: pétéquias pelo corpo.

respiratório PMV () Abdominal () Torácico TA

Ausculta () ↓ S/A () S/RA () Ronco () Sibilos () Creptações

Dispneia () S N () ↑ WR

re Espontânea () Tique Traqueal () Sem Resposta () Seca () Umida () Produtiva () Com expectoração () Sem

toração Secreção: coloração/tipo: _____ Quantidade: () Pequena () Média () Grande

() AS ↓ Tonus SA () Hipo () Hiper FM () SA ↓ () Paresia () Plegia Equilíbrio () Normal () ID () IE

ilidade () SI DD-DL () DD-Sed. () Sedestração () Sed.-Ortostase () Ortostase () Deambulação

AVALIAÇÃO PARA O AUTO-CUIDADO

Habilidade de autocuidado	0	1	2	3	4	Habilidade de autocuidado	0	1	2	3	4
da / Bebida						Mobilidade no leito					
o						Transferência					
/ Arrumar						Deambulação					
vaso sanitário						Subir escada					

nda: 0 - Independente 1 - Ajuda de equipamento 2 - Ajuda de pessoas 3 - Ajuda de equipamentos e pessoas 4 - Dependência

ANO FISIOTERAPÊUTICO: _____

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

(horário)

10823

Paciente encontrada em DS no leito. Em
 VEGAM, PUV confortável, febril, c/pele quente
 pelo corpo, dores em articulações, hiperemia
 cutânea. Conduta: UR, incentivo à IP +
 posicionamento + orientações //

Laiza Carla P. Sobral
 Fisioterapeuta
 CREMIO: 69143F

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO 24
03.01.01.004-8	CONSULTA DA FISIOTERAPIA	20
03.02.05.001-9	FISIOT. PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DISFUNÇÕES. MUSCULO-ESQUELÉTICAS	05
03.02.04.002-1	FISIOT. PACIENTE C/DIST. RESPIRATÓRIO S/ COMPL.	05
03.02.04.001-3	FISIOT. PACIENTE C/DIST. RESPIRATÓRIO C/ COMPL.	05
03.02.04.005-6	FISIOT. NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	03
03.02.04.003-0	FISIOT. PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	03
03.02.06.001-4	FISIOT. PACIENTE C/DIST. NEURO-CINÉTICO FUNC. S/COMPL.	05
03.02.06.002-2	FISIOT. PACIENTE C/DIST. NEURO-CINÉTICO FUNC. C/COMPL.	03
03.02.06.003-0	FISIOT. NAS DESORDENS DO DESENV. NEUROMOTOR	03

DATA	03.01.01.004-8			03.02.05.001-9			03.02.04.002-1			03.02.04.001-3			03.02.04.005-6			03.02.04.003-0			03.02.06.001-4			03.02.06.002-2			03.02.06.003-0					
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N			
1008	1						1																							