

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: _____		Cole a etiqueta aqui
Data de Nascimento: ____/____/____	Data de Atendimento: ____/____/____	
Setor: ☐ Internado ☐ Eletivo ☐ Emergência		

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames complementares: ☐ TC ☐ Raio x ☐ Crânio ☐ Abdome ☐ Pelve ☐ Tórax ☐ Pescoço	Coluna: ☐ Cervical ☐ Tórax ☐ Lombar ☐ Sacro
--	---

CONDIÇÕES CLÍNICAS

Risco de Queda: ☐ Não ☐ Sim – Qual: _____	
Exames de função renal: ☐ Não se Aplica	Creatina: _____ Clearance: _____ Coleta: ____/____/____
Respiração: _____ Suplementação de O2: ☐ Sim ☐ Não IOT: ☐ Sim ☐ Não Traqueostomia: ☐ Sim ☐ Não	
Acesso venoso: ☐ Não ☐ Sim – Periférico em: _____ Calibre: _____	
SVD: ☐ Sim ☐ Não Fechado SVD às: ____:____h	
Em uso de droga vasoativa: ☐ Sim ☐ Não Ass. Carimbo Enfº: _____	
Data: ____/____/____ Hora: ____:____	

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Prescrição do meio de contraste	
Contraste não iônico _____ ☐ Manual ☐ Bomba Injetora Volume _____ ml.	
Indicação: _____	
Justificar quando não houver indicação: _____	
Médico Responsável: _____ CRM: _____	

KIT MANUAL	MATERIAL KIT/QUANTIDADE	ETIQUETA CONTRASTE	HORA	CHECAGEM
KIT MANUAL	06 seringas de 20ml 06 agulhas 40x12 04 Soro Fisiológico 0,9% 10ml 03 Luvas de Procedimento 03 Gazes não estéril			
KIT BOMBA INJETORA	02 Seringas de Contraste 200ml 01 Soro Fisiológico 0,9% 250ml 01 Equipo Manyfill 01 Conector Secuffill 01 Seringa de 20ml 01 Agulha 40x12 01 Soro Fisiológico 0,9% 02 Gazes não estéril 02 Luvas de Procedimento			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente acompanhado: ☐ Não ☐ Sim - Nome: _____	
Admitido às: ____:____h por: _____	☐ Maca ☐ Cadeira ☐ Deambulando Data: ____/____/____
Liberado às: ____:____h por: _____	☐ Maca ☐ Cadeira ☐ Deambulando Data: ____/____/____
Remoção/setor de origem às: _____	☐ Maca ☐ Cadeira ☐ Deambulando Data: ____/____/____
Antes do exame: PA: _____ x _____ mmhg FC _____ bpm FR _____ irpm SPO2 _____ % TAX _____ °C	
Após o exame: PA: _____ x _____ mmhg FC _____ bpm FR _____ irpm SPO2 _____ % TAX _____ °C	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

--